BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE

DE MÉDECINE.

Librairie de J.-B. Baillière et Fils.

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, T. 1er, 1828. — T. 2e, 1832. — T. 3e, 1833. — T. 4e, 1834. — T. 5e, 1836. — T. 6e, 1837. — T. 7e, 1838. — T. 8e, 1840. — T. 9e, 1841. — T. 10e, 1843. — T. 11e, 1845. — T. 12e, 1846. — T. 13e, 1847. — T. 14e, 1849. — T. 15e, 1850. — T. 16e, 1851. — T. 17e, 1853. T. 18e, 1854. — T. 19e, 1855. — T. 20e, 1856. — T. 21e, 1857, T. 22e, 1858, 22 forts vol. in-4, avec fig. Prix réduit en prenant la collection ensemble, 280 fr. Chaque volume, pris sépar., 20 fr.

HISTOIRE DES MEMBRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ou Recueil des Éloges prononcés en séances publiques, par E. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine. *Édition complète*, précédée de l'Éloge de Pariset, publiée sous les auspices de l'Académie, par F. Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie. Paris, 1850, 2 vol. grand in-18. 7 fr.

Cet ouvrage comprend : Discours d'ouverture de l'Académie impériale de médecine, — Éloges de Corvisart, — Cadet de Gassicourt, — Bertholiet, — Pinel, — Beauchêne, — Bourru, — Percy, — Vauquelin, — G. Cuvier, — Portal, — Chaussier, — Dupuytren, — Scarpa, — Desgenettes, — Laënnec, — Tessier, — Huzard, — Marc, — Lodibert, — Bourdois de la Motte, — Esquirol, — Larrey, — Chevreul, — Lerminier, — A. Dubois, — Alibert, — Robiquet, — Double, — Geoffroy Saint-Hilaire, — Ollivier (d'Angers), — Breschet, — Lisfranc, — A. Paré, — Broussais, — Bichat.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE. De sa nature et de son traitement; Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chégoin, Trousseau, Paul Dubois, Cruveilhier, Danyau, Cazeaux, Bouillaud, Velpeau, J. Guérin ; précédé de l'indication bibliographique des écrits publiés sur la fièvre puerpérale. Paris, 1858, in-8. 6 fr.

RAPPORTS ET INSTRUCTIONS de l'Académie impériale de médecine SUR LE CHOLÉRA-MORBUS, suivis de conseils aux administrateurs, aux médecins et aux citoyens, *publiés par ordre du gouvernement*. Paris, 1831-1832, 2 parties in-8. 4 fr.

HISTOIRE ACADÉMIQUE du Magnétisme animal, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour, par MM. Frédéric Dubois et Burdin. Paris, 1841, in-8. 8 fr.

RAPPORT A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES, fait au nom d'une commission, par le docteur Prus, accompagné de pièces et documents, et suivi de la discussion au sein de l'Académie. Paris, 1846, 1 vol. in-8 de 1050 pages. 4 fr.

DES PLAIES D'ARMES A FEU. Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. les docteurs Baudens, Roux, Malgaigne, Amussat, Blandin, Piorry, Velpeau, Huguier, Jobert (de Lamballe), Bégin, Rochoux, A. Devergie, etc. Paris, 1849, in-8. 3 fr. 50

DE LA SYPHILISATION et DE LA CONTAGION DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS. Communications à l'Académie impériale de médecine, à l'Académie de médecine de Turin, par MM. les docteurs Ricord, Bégin, Malgaigne, Depaul, Gibert, Gerdy, Lagneau, Lévy, Velpeau, Larrey, Roux, avec les Communications de MM. Auzias-Turenne et C. Sperino à l'Académie des sciences de Paris et à l'Académie de méd. de Turin. Paris, 1852, in-8. 5 fr.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE

DE MÉDECINE,

69702

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE MM. **FRÉD. DUBOIS**, SECRÉTAIRE PERPÉTUEL,
ET **A. DEVERGIE**, SECRÉTAIRE ANNUEL.

TOME XXIV.

VINGT-TROISIÈME ANNÉE.

A PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

LONDRES, HIPP. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

NEW-YORK, HIPP. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1858—1859.

L'Académie croit devoir rappeler qu'elle n'a jamais entendu adopter que les conclusions des Rapports qui lui ont été soumis, et qu'à l'avenir elle maintiendra ce principe.

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE

DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie ampliation du décret approuvant l'élection de M. Gavarret comme membre titulaire.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur Perrochaud sur l'épidémie de rougeole qui a régné cette année à Calais. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont sévi dans les départements des Côtes-du-Nord, de la Lozère et de Maine-et-Loire. (*Commission des épidémies.*)

II. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1857 dans le département du Doubs. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. MM. Rodet, Leriche et Cousin (du Thil) déposent chacun un pli cacheté. (*Ces dépôts sont acceptés.*)

II. M. le docteur I. Rochard (de Brest) prie l'Académie de vouloir bien comprendre son nom sur la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi à la commission.*)

III. M. le docteur Solari (de Marseille) soumet à l'Académie un mémoire intitulé : *De la circulation artérielle dans les anastomoses par inoculation ou par arcade.* (*Commissaires :* MM. Poiseuille et Gavarret.)

IV. M. A. Preterre, dentiste, adresse à l'Académie plusieurs numéros du journal (*l'Art dentaire*) qu'il publie et une lettre de réclamation de priorité pour une nouvelle méthode anesthésique inventée par M. J.-B. Francis (de Philadelphie) pour l'extraction des dents.

—

PRIX.

Prix Capuron. — Mémoire inscrit sous le n° 1 du concours de 1859. Épigraphe : *Non nova diu.*

—

LECTURES.

I. *De la gangrène spontanée et des indications chirurgicales dans les cas de sphacèle des membres*, par M. le docteur Trudeau, professeur agrégé au Val-de-Grâce. (*Commissaires :* MM. Larrey, Nélaton et Robert.)

(Extrait par l'auteur.)

Ce travail a pour base quatre observations dans deux desquelles l'amputation a été pratiquée avec succès, une fois à la cuisse et une fois à la jambe au lieu d'élection. Les deux autres malades sont morts sans avoir été opérés, par suite des maladies qui contre-indiquaient l'opération.

L'auteur croit pouvoir tirer, de ces faits et de ceux qu'il a relevés dans les recueils périodiques depuis 1830, les conclusions suivantes :

1° L'artérite est une des causes les plus fréquentes de la gangrène spontanée.

2° Elle peut être traitée avantageusement au début par les émollients, les antiphlogistiques et l'opium.

3° Dans le cas de sphacèle des membres, l'attente de l'élimination spontanée augmente et prolonge les dangers du malade.

4° Elle l'expose aux chances défavorables d'une opération consécutive.

5° L'amputation faite en temps opportun abrége ses souffrances et diminue les dangers de sa position.

6° Elle est une ressource extrême, mais souvent précieuse et indispensable, quand il n'existe pas de contre-indication.

7° La théorie embolique peut trouver son application dans quelques cas d'affection chronique du cœur et des gros vaisseaux à sang rouge.

Dans un autre travail complémentaire de celui-ci, que l'auteur se propose de présenter à l'Académie, il examinera les indications et les contre-indications de l'amputation pour chaque espèce de gangrène. (Commis. : MM. Larrey, Nélaton, et Robert.)

II. *Fractures et compressions. — Appareils polydactyles, à chevilles mobiles. — Compresseur élastique et gradué*, par M. le docteur Jules Roux, membre correspondant de l'Académie.

M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie, présente de nouveaux appareils applicables à toutes les fractures, à toutes les artères, à tous les points du corps qu'on veut comprimer.

Les appareils à fractures qu'il appelle *polydactiles* représentent en général des planches criblées d'un grand nombre de trous égaux disposés en séries très régulières ; des che-

villes aplaties, à turion, à mortaise implantée dans les trous des planches, servent à assujettir les parties. M. J. Roux indique trois formes principales d'appareils polydactiles : l'un, pour la tête et le tronc; l'autre, pour les membres supérieurs; le troisième, pour les membres inférieurs. C'est sur ce dernier modèle, qu'il présente à l'Académie, que l'auteur démontre la manière de se servir de son appareil, sa simplicité, sa sûreté et tous les avantages qu'il offre pour le traitement des solutions de continuité des os de la jambe, de la cuisse, de la rotule, fractures simples ou compliquées, uniques ou multiples, etc. Pendant toute la durée du traitement, le membre, étendu ou fléchi à volonté, reste exposé aux regards, maintenu dans sa position, sans constrictions fortes, que le malade pourrait d'ailleurs faire cesser en enlevant une cheville ou deux. Le principe de ces appareils est de substituer le *détail* à l'*ensemble*, ou mieux l'action des éléments *isolés* à l'action des éléments en *masse*. M. J. Roux déclare avoir guéri, à l'aide de ses appareils et sans beaucoup de peine, les fractures les plus graves des membres.

Le *compresseur élastique et gradué* que M. J. Roux met ensuite sous les yeux de l'Académie a aussi pour but d'imiter le doigt du chirurgien, de le remplacer, de continuer son action. Il emprunte pour *point d'appui* un appareil polydactile ou une simple planche trouée appropriée, par ses dimensions, à celle de la partie où l'on doit exercer la compression. Sur ce point d'appui très étendu, invariable, s'implante l'armature métallique avec une grande solidité. Celle-ci tient des tiges articulées et des arcs des deux modèles que l'auteur montre : l'un est troué dans toute son étendue, l'autre présente une boule taraudée facile à fixer sur tous les points de l'espèce de chemin de fer qui la reçoit. C'est à travers ces trous que passe la vis de pression qui doit agir sur la pelote.

Celle-ci, imitant par sa disposition ses dimensions, ses formes, la pulpe d'un ou de plusieurs doigts réunis, est partie en cuivre, partie en liége; elle contient dans son intérieur un ressort à boudin et offre à l'extérieur une échelle graduée qui fait connaître le degré de force ou le poids employé pour

la pression. Cette *pelote digitale* est indépendante de la vis de pression, à laquelle on peut cependant la fixer si l'on veut.

M. J. Roux a annexé à son compresseur élastique et gradué un *cadran*, ou mieux un *niveau d'eau*, pour faire apprécier, par la détermination exacte des oscillations de l'aiguille ou de la bulle d'air, la force de réaction des tuniques artérielles que la pelote étreint à un certain degré. Avec ce compresseur, l'auteur assure pouvoir exercer de faciles pressions sur les os dans les fractures, les artères, dans les plaies récentes, les anévrysmes, sur les veines, les nerfs, les tumeurs, etc.

Voici les avantages que M. J. Roux attache à son compresseur : étendue du point d'appui, fixité, courbure spéciale des armatures, pelotes digitales indépendantes, élastiques, graduées ; facilité, sûreté, généralité d'application ; faculté de supporter plus longtemps la compression, qui est toujours d'une force exacte, d'un poids rigoureusement nécessaire ; légèreté, gracilité du compresseur ; appréciation de ses oscillations ; applications multiples à la thérapeutique chirurgicale ou diagnostic de certaines maladies internes et externes.

M. J. Roux fait enfin remarquer que son appareil polydactile pour les fractures est tout différent de celui que M. le docteur Gaillard (de Poitiers) a présenté l'année dernière à l'Académie. Bien que ces deux appareils aient quelques rapports apparents, M. J. Roux fait remarquer qu'il avait déjà publié, avec planche, un appareil à *chevilles mobiles* dans la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, année 1849, page 62, tandis que M. le docteur Gaillard n'a fait connaître le sien qu'en 1850. (*Gazette médicale*, p. 262.)

— M. le Président : M. Jules Roux étant membre correspondant de l'Académie, la discussion est ouverte sur sa communication.

— M. Robert craint que les appareils de M. J. Roux ne s'appliquent à trop de choses à la fois, et que notamment celui qui est destiné au traitement des fractures ne reste tout à fait personnel à son inventeur ; pareille chose est arrivée à tous les appareils qui s'écartent de la simplicité de l'appareil

de Scultet ou de Seutin, et que les praticiens peu soucieux d'un arsenal compliqué et coûteux n'ont pas adoptés.

Quant à la compression des artères, M. Robert croit que c'est toujours une opération délicate et difficile, et il doute que les expériences faites par M. Roux sur des sujets sains puissent remplacer les enseignements de la pratique. C'est seulement quand il aura employé son compresseur dans le traitement des anévrysmes qu'il pourra s'assurer s'il peut être supporté; et en employant la force qu'il a indiquée comme étant nécessaire pour oblitérer les artères, il s'exposerait bien souvent à produire des eschares. M. Robert a employé trois fois le compresseur de M. Broca, et chez aucun de ces malades on n'a pu le laisser en place un temps suffisant. La compression digitale, qui est d'une application plus facile, et qui a d'ailleurs donné de beaux succès, lui paraît infiniment supérieure à tous les compresseurs.

M. Roux, poursuit M. Robert, espère, à la vérité, obtenir au moyen d'un appareil élastique une action réglée et uniforme; mais je dirai, à mon tour, qu'il est toujours difficile et souvent impossible de prévoir et de régler l'action d'une force élastique.

J'ai pu m'assurer de ce fait à l'occasion d'essais que j'ai faits avec des bandes de caoutchouc il y a quelques années, et je n'ai évité les accidents qu'en renonçant le plus souvent à une action même modérée longtemps avant qu'elle eût produit un effet suffisant. Si j'avais voulu insister, j'aurais eu certainement des eschares, des gangrènes, etc.

Je me méfie, en un mot, des pressions élastiques, et je crains que M. Roux n'obtienne quelque jour de celle qu'il emploie des effets supérieurs à ceux qu'il en attend.

Je trouve encore que la cuirasse postérieure a l'inconvénient de ne pas se mouler sur les parties qu'elle reçoit, de les exposer à des pressions douloureuses, ou de forcer le chirurgien à multiplier les remplissages, et enfin je voudrais que la pelote fût mieux disposée pour pouvoir prendre tous les changements de position, d'inclinaison, etc., qui sont si souvent nécessaires, grâce aux conditions multiples que doit

remplir la compression. Cette difficulté existe à un moindre degré même pour le compresseur de M. Broca ; toutefois je le crois supérieur à celui de M. Roux, qui, je le crains, créera pour son inventeur des embarras sérieux quand il aura l'occasion de l'appliquer au traitement des anévrysmes.

— M. J. Roux : La richesse des moyens cache parfois la pauvreté de l'art, et je crois qu'il pourrait bien en être ainsi des appareils à fracture, dont la grande abondance atteste au moins les efforts des chirurgiens pour bien remplir les indications. Quant au mien, il est destiné à en remplir un grand nombre à la fois, et comme il doit en même temps servir à des sujets de tailles fort différentes, puisque je l'emploie dans un hôpital, il est en effet fort compliqué.

Mais on pourra en appliquer les principes à des machines bien simples. Ainsi, s'il vous faut une simple extension, une planche percée de trous, des chevilles et un coussin suffiront ; cela est assez simple.

Quant à la compression des artères, la méthode digitale a certes de grands avantages, mais je crois que parfois la nature peut bien être inférieure à l'art, et qu'il est des indications que les doigts ne peuvent remplir. J'ai employé mon appareil pour maintenir réduit le fragment supérieur d'un tibia cassé, à l'aide de la pointe de M. Malgaigne ; il n'y a pas eu d'accident. Or, le doigt employé à sa place aurait certainement laissé une eschare.

La compression digitale a l'inconvénient d'aplatir souvent l'artère tout à fait au lieu de n'effacer qu'une partie de son calibre, et elle expose ainsi à la formation des caillots passifs et à tous leurs inconvénients. Je puis, au contraire, ne comprimer l'artère qu'à demi ou aux trois quarts, et je juge du degré de sa compression par l'étendue des oscillations de l'instrument, rendues plus sensibles à l'aide d'un niveau d'eau que j'adapte à son extrémité. C'est quand elles sont à leur maximum que l'artère est comprimée à moitié, et ce serait là, d'après M. Broca, le degré le plus favorable à la formation des caillots actifs.

Je n'ai pas eu l'occasion de traiter des anévrysmes par mon

compresseur; les chirurgiens de Paris, s'ils voulaient bien l'essayer, pourraient bientôt combler cette lacune dans mon expérience. Mais je suis sûr d'arrêter toujours facilement la circulation; et j'ai pu, d'ailleurs, laisser mon instrument en place pendant vingt-quatre heures de suite chez une vingtaine de sujets, sans qu'ils en fussent incommodés.

Quant aux dangers de la compression, je les évite facilement, d'une part, parce que celle que j'emploie est toujours graduée, et puis parce que je puis varier à l'infini le point sur lequel porte la pelote. Ainsi, s'agit-il d'un anévrysme poplité, je puis la faire porter sur toute l'étendue de l'iliaque externe et de la crurale.

M. Roux fait encore remarquer en terminant que son instrument, appliqué au thorax, traduit parfaitement, par ses oscillations, les mouvements du cœur, etc., et qu'il espère pouvoir l'appliquer au diagnostic des maladies de cet organe et des grosses artères.

—

RAPPORTS.

I. *Analyse de l'eau de Casteljaloux* (Lot-et-Garonne). — *Rapport* de M. O. Henry.

Par une lettre ministérielle en date du 26 juillet dernier, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a invité l'Académie impériale de médecine à faire analyser d'*urgence*, dans son laboratoire, les nouveaux échantillons de l'eau minérale d'une source située à Casteljaloux (Lot-et-Garonne), expédiés en bonne forme et demandés par la commission des eaux minérales; cette commission n'ayant pu émettre un avis, parce que les premiers échantillons fournis s'étaient trouvés complétement altérés.

L'eau qui fait l'objet du présent rapport dessert depuis quelques années un établissement thermal élevé près de la source, et le propriétaire réclame la faveur d'être autorisé à en continuer légalement l'*exploitation médicale*.

Les échantillons envoyés en dernier lieu ont été puisés avec tous les soins voulus; ils étaient accompagnés de certificats de puisement en règle et de dépôts ocracés recueillis, soit

dans le bassin de la source, soit dans les réservoirs destinés au service habituel des bains.

Tous ces produits ont été soumis à l'analyse *immédiatement après leur arrivée* au laboratoire de l'Académie impériale de médecine. D'après notre travail, il résulte que l'eau de Casteljaloux expédiée récemment à Paris est composée ainsi qu'il suit par litre, savoir :

			grammes.
Acide carbonique libre		Quantité indéterminée et faible.	
Bicarbonates	de chaux		0,395
	de magnésie		
	de soude	Peu.	0,010
	de protoxyde de fer et *crénate*		0,045
	de protoxyde de manganèse		Sensible.
Sulfates calculés *anhydres*	de chaux, de soude, de magnésie		0,050
Chlorures	de sodium, de potassium, de calcium et de magnésium.		0,041
Acide silicique, alumine, matière organique			0,070
Principe arsénical			Très douteux.
		Total	0,611

L'eau de la source de Casteljaloux, dont nous nous occupons, a beaucoup d'analogie avec celle d'une autre source anciennement connue (dite source Lévadou), située dans la même localité. Comme celle-ci, elle appartient à la classe des *eaux carbonatées calcaires ferrugineuses crénatées*, dont un assez grand nombre du même genre sont employées avec succès en médecine. Elle justifie convenablement les propriétés médicales qu'on lui attribue, et la position de la source, ainsi que celle de l'établissement thermal, placé au centre du bourg de Casteljaloux, favorisent son administration, qu'on s'accorde à regarder comme fort utile au pays depuis les applications qui en ont été faites. Nous ne voyons dès lors aucun motif pour que l'exploitation de l'eau en question ne soit continuée, *tant en bains*, qu'en douches et en boisson. En conséquence, messieurs, nous vous proposons de répondre à M. le ministre qu'on peut faire droit à la demande du propriétaire de la source de Casteljaloux.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

II. *Analyse de l'eau de Ramouzens (Gers).* — (*Rapport* par M. O. HENRY.)

Par une lettre ministérielle en date du 18 juin 1858, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a invité l'Académie impériale de médecine à faire analyser dans son laboratoire l'eau d'une source minérale existant dans le département du Gers, commune de Ramouzens, et au lieu dit de Moura, afin de donner son avis sur l'opportunité de la demande du propriétaire de cette source, qui désire *l'exploiter légalement au point de vue médical.*

D'après les pièces jointes au dossier de la demande, et comprenant : 1° les certificats de puisement ; 2° les avis du conseil d'hygiène et du maire, tous favorables à la réclamation, ainsi 3° que divers certificats donnés, tant par différents médecins de la localité que par des malades traités avec l'eau en question, il paraît résulter que cette eau dessert un petit établissement, offrant huit baignoires et des appareils de douches, créé depuis 1847, dans lequel, tous les ans, on traite un certain nombre de personnes souffrantes. Une analyse faite avec grand soin, et *en grande partie sur place*, par un pharmacien du pays, M. Lidange, était jointe aussi aux documents manuscrits ci-dessus mentionnés. Suivant ce chimiste, l'eau de Ramouzens possède des qualités *sulfureuses*, puisqu'elle a donné dans les années 1850, 1852 et 1853, *un degré sulfométrique* égal en moyenne à 1°,2 par litre. L'eau sort d'un *banc tourbeux* où la sulfuration se fait, à n'en pas douter, par la décomposition de sulfates dissous dans l'eau. En effet, aussitôt qu'on remue ce terrain, il s'en échappe une odeur sulfureuse prononcée, et le liquide qui en sort est également très chargé de *principes sulfurés*. On utilise en topique ce qui constitue la *boue noire*, à l'instar de ce qui se fait à Barbotan, du même département, dont l'eau a beaucoup de rapports chimiques avec celle-ci. L'eau de Ramouzens est froide; elle accuse 18 degrés centigrades à son point d'émergence ; là aussi son odeur et sa saveur sont *sensiblement*

sulfureuses. Elle contient de l'*acide carbonique*, des *sels calcaires carbonatés*, quelques *sulfates à base de soude, de chaux et de magnésie*, des *chlorures*, des traces d'*iodure*, de la *silice* et une *quantité assez notable de matière organique.*

Voici les résultats de l'analyse faite sur place par M. Lidange et la nôtre mise en regard :

Analyse de M. Lidange.

Eau : 1000 grammes. — Température, 15 à 16° centigrades.
Degré sulfométrique, 1°,2 à la source.

		grammes.	
Acide carbonique libre		0,09860	
— — combiné		0,07080	
Soufre de l'acide sulfhydrique libre		0,00064	=0,001527
— — — en combinaison		0,00089	
Carbonates	de chaux	0,1923	
	de magnésie	0,0360	
	de protoxyde de fer	0,0029	
	de manganèse	Indiqué.	
Sulfates	calcique	0,0130	
	sodique	0,0064	
	magnésique	0,0340	
Chlorures	sodique	0,0483	
	magnésique	0,0138	
Azotate Iodure		Traces.	
Acide silicique		0,0220	
Matière organique et perte		0,0264	(1)
Total		0,5660	

(1) Qu'on peut traduire ainsi :

		grammes.
Acide carbonique libre		0,0986
Acide sulfhydrique libre		0,00065
Sulfure calcium		0,00199
Bicarbonates	de chaux	0,2723
	de magnésie	0,0450
	de fer	0,0038
	de manganèse	Indiqué.
Sulfates	sodique	0,0064
	calcique	0,0130
	magnésique	0,0340
Chlorure sodique		0,0483
— magnésique		0,0138
Azotate Iodures		Traces.
Acide silicique		0,0220
Matière organique	en perte.	0,0264

Analyse de l'eau expédiée à Paris en 1858.

		grammes.
Acide carbonique libre		0,090
Principes sulfureux		0,000
Bicarbonates de chaux		0,280
— de magnésie		
Sulfates calculés *anhydres*	de soude	0,030
	de chaux	
	de magnésie	0,030
Chlorures de sodium		0,062
— de magnésium		
Iodure		Sensible.
Acide silicique		Très peu.
Sesquioxyde de fer		
Manganèse	Indiquée.	
Alumine		0,050
Matière organique		
Phosphate terreux		
	Total	0,542

Nous avons analysé dans le laboratoire de l'Académie, *et aussitôt leur arrivée*, les échantillons expédiés à Paris, ainsi que les dépôts préparés à la source au moyen de l'azotate d'argent. Ces derniers dépôts ont bien accusé de légères quantités de *sulfure;* mais l'eau, dans aucune bouteille, n'a *révélé la moindre trace d'acide sulfhydrique libre ou combiné*, ce qui est facile à concevoir, en raison de *la très minime proportion* qu'elle renferme à sa sortie du sol, savoir : soufre, 0gr,00152. Les autres éléments signalés ont, d'ailleurs, été trouvés par nous dans notre travail.

L'eau de Ramouzens appartient à la classe des eaux sulfureuses *sulfhydriquées légèrement sulfhydratées;* mais elle ne *saurait y occuper qu'un rang inférieur*, car la proportion de *soufre* qu'elle contient ne s'y trouve, répétons-le, que de 0gr,001527 par litre. Toutefois, d'après les témoignages présentés en faveur de *l'emploi médical*, depuis près de douze années, de cette eau dans le petit établissement thermal qu'elle dessert, nous pensons qu'il y a lieu d'accorder au propriétaire le droit légal d'en continuer l'exploitation, en

lui prescrivant surtout de suivre fidèlement les méthodes les plus avantageuses (le chauffage par serpentinage, par exemple) pour élever les eaux aux degrés voulus pour les bains et les douches; mais nous ne pensons pas que l'eau puisse se prêter à l'expédition en bouteilles : elle devra donc n'être bue que sur place, à la source.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

On vesico-vaginal fistula, par M. le docteur J. Baker-Brown.

Rapport sur l'iode des eaux de Vichy, et les moyens de déceler ce corps dans les eaux qui en renferment, par M. le docteur Leconte.

Sur l'absence du sucre dans l'urine des femmes en lactation, par le même auteur.

Recherches sur l'urine des femmes en lactation, par le même auteur.

De l'âme, au triple point de vue physiologique, philosophique et religieux, par M. Chardon.

Recueil de mémoires sur la pharmacologie, la pathologie et la thérapeutique, par M. le docteur Délioux (de Savignac).

Bulletin de la Société impériale des naturalistes de Moscou, publié sous la direction du docteur Renard, année 1857, n. 2, 3 et 4; année 1858, n. 1.

Recherches sur la vie et les ouvrages de Jean Hamon, par M. le docteur Lemazurier.

Contributions à la statistique de la lithotritie, par M. le docteur Auguste Swalin. Stockholm, 1 volume in-8.

Observations et considérations sur la taille bilatérale et sur la taille médiane, par M. le docteur Roux (de Brignolles).

La Revue thérapeutique du Midi, 30 septembre.

Bulletin général de thérapeutique, 30 septembre.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Octobre 1858.

Journal de chimie médicale. Octobre.

Montpellier médical, n. 5.

Bulletin des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Septembre 1858.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. Octobre.

Le Progrès, n. 40.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 36.

Atti dell Accademia fisio-medico statistico di Milano. Volume III. XXXIe année.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 40.

L'Abeille médicale, n. 40.

Gazette médicale de Paris, n. 40.

La France médicale, n. 40.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 116 à 118.

L'Union médicale, n. 116 à 118.

Gazette des hôpitaux, n. 115 à 117.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 13.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1858.

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Mayenne et dans l'arrondissement de Segré (Maine-et-Loire). (*Commission des épidémies.*)

II. Les recettes et les échantillons d'une pommade et d'un sirop auxquels on attribue la propriété de guérir les dartres. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Les rapports de MM. les docteurs Campmas et Secourgeon sur le service médical des eaux minérales de Baréges (Hautes-Pyrénées) et d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). — De nouveaux échantillons de barégine extraite des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon. — Une caisse contenant des échantillons de l'eau d'une source située dans la commune de Chateldon à l'effet d'être analysée dans le laboratoire de l'Académie. — Le même ministre informe l'Académie que M. le docteur Gaudet, ex-inspecteur des bains de mer de Dieppe, ne pourra, par suite de circonstances imprévues, fournir son rapport annuel sur le service médical de ces bains pendant l'année 1856. (*Commission des eaux minérales.*)

IV. Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département du Gers pendant l'année 1857. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. Dupré (de Saint-Quentin) prie l'Académie de vouloir bien accepter un pli cacheté dans les archives. (Ce dépôt est accepté.)

II. M. Delioux, médecin en chef de la marine, à Brest, prie l'Académie de vouloir bien porter son nom sur la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi* à la Commission.)

III. M. le docteur Mattéi demande à retirer deux mémoires qu'il a soumis à l'examen de l'Académie.

IV. M. Édouard Preiss (de Berlin) adresse à l'Académie un ouvrage en allemand intitulé : *Physiologische Untersuchungen*, etc. (*Renvoyé* à l'examen de M. Bouvier pour un rapport verbal.)

M. le Président annonce que M. le professeur Langenbeck (de Berlin) assiste à la séance.

M. le Président annonce la mort de M. Cauvière (de Marseille), membre correspondant.

A l'occasion du procès-verbal, M. Robert demande la parole : « Les chirurgiens, dit-il, se sont préoccupés de la note de M. Préterre, lue dans la dernière séance et relative à l'anesthésie produite par le passage d'un courant électrique pendant l'avulsion des dents. Ce matin, à l'Hôtel-Dieu, dix expériences ont été faites avec l'aide et par les soins de M. Magitot, qui se chargeait de faire fonctionner l'appareil électrique.

» Un des pôles de la pile est placé dans la main du patient, l'autre est mis en contact avec l'instrument qui doit saisir la dent à arracher, et l'instrument, clef de Garengeot ou davier, est isolé de la main de l'opérateur par un tissu de soie. On se servait de l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne).

» Deux épreuves furent complétement négatives; il y eut autant de douleur, sinon plus, que si l'on n'eût pas employé

l'appareil électrique. Cette douleur provenait-elle de l'arrachement de la dent ou bien du courant lui-même? Sur l'un des malades qui avait deux dents gâtées, l'une fut arrachée, l'appareil fonctionnant, l'autre fut arrachée, l'appareil ne fonctionnant plus, mais alors que le malade croyait à l'existence du courant. La douleur fut exactement la même dans les deux cas; donc elle tenait bien à l'arrachement seul.

» Quatre cas furent favorables : les malades n'accusèrent aucune sensation douloureuse. Y a-t-il eu véritablement anesthésie, ou faut-il considérer l'action de l'électricité dans ces cas comme masquant simplement la douleur?

» Il est certain qu'une brusque surprise, qu'un saisissement subit peut empêcher de sentir la douleur d'une petite opération. Un soufflet, par exemple, donné à un malade au moment de l'ouverture d'un abcès masquera la douleur du coup de bistouri, etc. J'ai vu souvent Dupuytren apostropher violemment ses malades, les injurier même, quand il voulait obtenir une diversion utile à la réduction d'une luxation.

» Il y avait donc des doutes dans mon esprit, et j'ai voulu m'assurer que l'insensibilité observée chez nos quatre malades n'était pas une anesthésie de diversion; sur deux autres j'ai fait appliquer l'un des pôles de la pile sur le lobule de l'oreille, l'autre étant toujours tenu dans la main, pendant qu'on arrachait la dent. Dans les deux cas, la douleur de l'arrachement fut parfaitement sentie, je dois à la vérité de le déclarer.

» En résumé donc, sur 10 essais de ce procédé, il y eut 2 épreuves négatives, 4 furent favorables, 2 sont douteuses, et les 2 dernières doivent être considérées comme non avenues, puisque j'ai changé les conditions de l'expérimentation régulière.

» Permettez-moi d'ajouter, continue M. Robert, que j'ai essayé le courant électrique pour d'autres petites opérations. Ainsi, ayant à ouvrir un foyer purulent à la paume de la main, consécutif à un phlegmon, j'appliquai un des pôles de la pile sur le trajet du nerf cubital, et je mis l'autre en contact avec le bistouri : la douleur fut plus vive qu'elle ne l'eût

été sans cela, et la secousse douloureuse, ressentie tout le long du nerf, se surajouta à la douleur de la ponction. »

— M. Moreau : Je regrette que M. Nélaton soit absent; il eût pu entretenir l'Académie de ses expériences à ce sujet. J'ai assisté, il y a quelque temps dans son service, à deux essais d'anesthésie électrique tentés par M. Magitot, et voici ce que j'ai vu : L'un de ces essais fut fait sur un interne du service, sur le fils de M. Cruveilhier; il y eut de la douleur; mais en se rendant compte de la manière dont elle s'était produite, et surtout du point où elle avait été ressentie, on reconnut qu'elle tenait à ce que les branches du davier, mal isolées, avaient appuyé sur la lèvre et avaient déterminé une sensation de brûlure. L'autre essai fut fait sur un homme qui s'était soumis déjà plusieurs fois à l'avulsion des dents, et qui affirma qu'il y avait une grande différence entre la douleur qu'il venait de ressentir et celle qu'il avait ressentie antérieurement. Il se serait fait, disait-il, arracher plus volontiers vingt dents avec l'électricité qu'une seule sans ce procédé. Ce fait me semble devoir être pris en considération.

— M. Velpeau : Depuis quelques mois on a su, dans le monde médical, qu'il nous venait d'Amérique un courant électrique qui se dirigeait sur les dents; j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir à cet égard. A tort ou à raison, les dentistes passaient, de temps immémorial, pour avoir une certaine propension à l'exagération; mais aujourd'hui les dentistes sont tous ou presque tous médecins, et, sans doute, les choses ont changé. Je n'en étais pas moins curieux de voir de près le courant dont il était question. M. Magitot, qui s'était chargé de propager ce procédé en France, voulut bien se prêter à mon désir, et plusieurs malades de mon service furent soumis à l'appareil.

Un premier malade, à qui l'on arracha une dent en ma présence, affirma n'avoir rien senti.

Je me suis demandé alors, avec M. Follin, si l'on ne pourrait pas appliquer cette méthode aux petites opérations chirurgicales.

Un malade sur lequel on avait déjà pratiqué l'ouverture d'un abcès, et qui n'avait rien dit, non parce qu'il n'avait pas senti, mais parce qu'il était courageux, s'est plaint d'une seconde ouverture faite sous l'influence de l'électricité, et il a très bien indiqué qu'il avait non-seulement senti la douleur du bistouri, mais encore la douleur du courant dans la main.

Un second malade fut opéré d'un cancroïde sur le nez et ne sentit rien.

Un troisième souffrit beaucoup pendant qu'on l'opérait d'un ongle incarné pour la seconde fois; il dit souffrir davantage que la première fois, faite sans l'électricité.

Un quatrième accusa de la douleur pendant l'ouverture d'un abcès, — au moins autant, dit-il, que sans l'électricité.

Un cinquième, à qui l'on ponctionna une hydrocèle, se plaignit plus que ne le font d'ordinaire les malades qui supportent cette opération.

Il en fut de même d'un sixième, à qui l'on ouvrit un abcès.

Je conclus de ces faits, qui ont inspiré des doutes à M. Magitot lui-même sur l'efficacité de son procédé, je conclus aussi des faits observés à l'Hôtel-Dieu, à Necker et ailleurs, qu'il n'y a pas anesthésie produite, et qu'il y a quelque chose dans les dents américaines qui n'est pas comme dans les dents françaises.

—

LECTURES.

Quelques mots sur l'intoxication produite par l'iode administré à petites doses longtemps continuées, par M. RILLIET (de Genève). — Lecture faite par M. FRÉD. DUBOIS.

Il sera peut-être permis à un médecin de Genève, patrie de Coindet, qui le premier a popularisé l'emploi des préparations d'iode, de dire quelques mots sur les effets de cet héroïque médicament.

Les remarques qui vont suivre m'ont été suggérées par la

lecture du mémoire présenté à l'Académie par M. le docteur Boinet; elles portent sur un point très circonscrit, mais très pratique de la thèse soutenue par mon honorable confrère (1). « On a reproché à l'usage prolongé de l'iode, dit M. Boinet, d'entraîner de graves inconvénients, tels que l'atrophie de certains organes; mais les effets fâcheux produits par les iodiques ne peuvent provenir que de l'administration d'une mauvaise préparation iodée, et non de l'iode administré pendant longtemps et même à haute dose. » En conséquence, M. Boinet propose de mélanger l'iode aux aliments, et ainsi de l'employer d'une manière presque insensible, mais continue.

Avant d'aborder la question principale, l'innocuité des préparations iodées à doses faibles et longtemps continuées, je ferai observer que le mode d'administration de l'iode proposé par M. Boinet n'est pas entièrement nouveau. Il y a déjà plusieurs années que M. Grange, après avoir exposé devant la Société médicale de Genève sa théorie sur la formation du goître, nous conseilla de mélanger l'iode aux aliments comme le meilleur moyen de prévenir ou de faire disparaître la tuméfaction de la glande thyroïde. La quantité de sel iodé était minime, une partie d'hydriodate de potasse pour dix mille parties de sel de cuisine. Comme on le voit, cette méthode est fort analogue à celle de M. Boinet, puisqu'elle consiste à mélanger aux aliments une préparation iodée aussi inoffensive par sa nature que par sa dose.

Nous avons à Genève le désagrément d'être fort sujets au goître; aussi je ne manquai pas d'occasions d'expérimenter le procédé thérapeutique de M. Grange. Je fis faire dans plusieurs familles de ma clientèle, et par le pharmacien de la maison, un mélange scrupuleusement exact et convenablement trituré des proportions sus-indiquées d'hydriodate de potasse et de chlorure de sodium : tous les aliments, sauf le pain, furent

(1) *De l'alimentation iodée comme moyen préventif et curatif dans toutes les maladies où l'iode est employé à l'intérieur comme médicament.* Mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 28 septembre 1858. Compte rendu dans la *Gazette médicale*, p. 628.

préparés avec ce sel. L'alimentation iodée fut continuée pendant plusieurs semaines, et voici ce qui arriva : j'en viens au point sur lequel je ne suis pas d'accord avec M. Boinet.

Deux dames âgées de plus de soixante ans, et un monsieur âgé de plus de quarante-cinq ans, membres de familles différentes, furent successivement atteints, et à divers degrés, d'un ensemble de symptômes caractérisé par de l'amaigrissement, des palpitations, de l'accélération du pouls, du tremblement général accompagné d'une grande mobilité nerveuse et d'une notable diminution des forces.

J'avais un peu oublié mon sel iodé, et comme ces différents malades se présentèrent successivement et non simultanément à mon observation, je n'eus pas tout d'abord l'idée de la parenté causale ; j'avoue même que je fus fort embarrassé d'établir le diagnostic de ces maladies anormales. Après un examen très attentif, j'hésitai entre des affections du cœur commençantes, des diabètes latents ou des états chloro-anémiques dépendant de causes indéterminées. Mais les résultats négatifs de l'exploration physique, joints à la persistance de l'amaigrissement, ne tardèrent pas à m'éclairer sur la véritable cause du mal, et il ne me resta plus que la surprise de ne l'avoir pas reconnue plus tôt. J'avais observé, en effet, des symptômes tout à fait analogues sur des personnes atteintes de goître et traitées par l'hydriodate de potasse à la dose minime d'un trentième de grain par jour.

Au bout de plusieurs mois, mes trois malades furent guéris par le lait d'ânesse et les préparations ferrugineuses.

Quelques années après l'aventure que je viens de raconter, un de ces malades (le monsieur de quarante-cinq ans) alla passer plusieurs semaines au bord de la mer, et ne tarda pas à être repris de tout le cortége des symptômes que j'ai décrits plus haut. Ce fut une énigme pour son médecin, qui, fort inquiet sur son état, se hâta de le renvoyer à Genève. A son arrivée, je le trouvai dans l'état de marasme le plus avancé, tel qu'on peut l'observer chez les phthisiques au troisième degré. Il était d'une faiblesse extrême, très palpitant et essoufflé. Le cœur et les poumons étaient anatomiquement à

l'état normal. Je n'hésitai pas un instant à attribuer les accidents à leur véritable cause, tant il y avait de similitude entre l'état d'alors et celui d'autrefois. Au bout de deux mois, le lait d'ânesse, le séjour à la campagne, une alimentation réparatrice et les préparations ferrugineuses, avaient dissipé les symptômes inquiétants.

Cette année, j'ai observé un cas analogue au précédent. Une dame âgée de près de soixante ans, qui, pour se rétablir d'une simple diarrhée, avait été passer quelques semaines au bord de la mer, ne tarda pas à présenter une série de symptômes analogues à ceux offerts par le malade dont je viens de parler. Lorsqu'elle revint à Genève, elle était extrêmement amaigrie, son pouls dépassait 130, et sa susceptibilité nerveuse était très grande. Il n'existait chez elle aucune localisation morbide appréciable. Cette dame s'est rétablie au bout de deux mois par le lait d'ânesse et le changement d'air.

Les deux malades dont je viens de parler n'ont pas pris les bains de mer ; ils n'ont donc pu subir l'intoxication iodique que par l'intermédiaire de l'air ou du sel que l'on emploie pour les usages culinaires, et qui n'est peut-être pas suffisamment dépouillé d'hydriodate de potasse.

De ces faits, et d'autres que j'omets pour abréger, je crois pouvoir conclure :

1° L'absorption longtemps continuée de petites doses d'un sel iodé, qu'il soit mêlé à l'eau, à l'air ou aux aliments, n'est pas toujours sans danger.

2° Les habitants de certaines localités sont, plus que d'autres, exposés à l'intoxication iodique.

3° Cette susceptibilité spéciale dépend peut-être de la petite quantité d'iode que recèlent l'eau, l'air et les aliments dont on fait usage dans ces pays.

4° L'intoxication iodique est peut-être plus à redouter quand le médicament est donné à petites doses qu'à grandes doses, et comme préventif que comme curatif d'une diathèse localisée et confirmée.

5° Cette intoxication est tout à fait exceptionnelle dans

l'enfance, rare dans l'âge adulte, et d'autant plus à craindre que les sujets sont plus avancés en âge. En conséquence, on ne saurait surveiller trop attentivement l'administration de l'iode chez les personnes âgées de plus de quarante ans, et il faut en suspendre l'usage à l'apparition des premiers symptômes de saturation (boulimie, amaigrissement, palpitations, susceptibilité nerveuse).

6° Le médecin, placé en présence d'une de ces maladies sans nom, sans cause et sans localisations morbides appréciables, et dont la boulimie, les palpitations, le marasme, sont les symptômes apparents, doit avoir les yeux ouverts sur la possibilité d'une intoxication iodique.

7° Les meilleurs remèdes de cet empoisonnement lent sont : le lait, une alimentation analeptique, le changement d'air et les préparations ferrugineuses.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour la commission de M. Boinet.

— M. Piorry demande s'il peut parler sur cette note.

— M. le Président répond que non ; M. Rilliet n'étant pas membre correspondant, on ne pourra discuter que sur le rapport.

RAPPORTS.

Rapport à l'occasion d'une réclamation de M. Leras, par une commission composée de MM. Barth, Bouchardat, et F. Boudet, *rapporteur.*

MM. Barth, Bouchardat et moi, nous avons été chargés par l'Académie d'examiner une réclamation qui lui a été adressée par M. Leras à l'occasion du rapport d'une commission composée de MM. Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet, sur un mémoire relatif au pyrophosphate de fer citro-ammoniacal proposé par M. Robiquet comme agent thérapeutique. Je viens rendre compte à l'Académie du résultat de l'examen attentif que nous avons dû faire de cette réclamation.

En 1847, M. Persoz a fait connaître le pyrophosphate double de fer et de soude (*Annales de chimie et de physique*, t. XX, p. 322-327 et suivantes). Il a précisé sa composition, indiqué la manière de la préparer et appelé l'attention des médecins sur sa valeur thérapeutique.

En 1849, deux ans plus tard, M. Leras a adressé à l'Institut un mémoire dans lequel il a préconisé les avantages du même sel, mais sans indiquer la manière de le préparer ni donner aucun renseignement sur sa composition; il lui attribuait une supériorité remarquable sur les autres ferrugineux, en raison de la propriété qu'il lui avait reconnue de ne pas précipiter le suc gastrique.

En 1855, M. Leras a présenté à l'Académie de médecine le même travail qu'il avait envoyé en 1849 à l'Institut. Dans ce deuxième mémoire, comme dans le premier, on ne trouve aucune formule ni aucun renseignement sur la nature et la préparation du sel ferrugineux.

M. Soubeiran, dans son *Traité de pharmacie*, quatrième édition, portant le millésime de 1853, avait reproduit la formule publiée en 1847 par M. Persoz.

« Le pyrophosphate de fer, est-il dit dans cet ouvrage, se dissout dans le pyrophosphate de soude en donnant une solution double qui est précisément le composé employé en médecine. Les Anglais le considèrent comme étant plus facilement supporté par les malades que les autres préparations de fer. Ils l'emploient en solution dans de l'eau. La formule du pyrophosphate de fer et de soude avait donc, dès 1853, été publiée dans un livre classique et d'une grande notoriété, et ce sel était connu et apprécié en Angleterre longtemps avant que M. Leras eût adressé aucun mémoire à l'Académie de médecine.

» M. Leras avait avancé, il est vrai, d'après ses propres expériences, que le pyrophosphate ferrico-sodique ne précipitait pas le suc gastrique; mais M. Quevenne avait contredit cette assertion dès 1854. » (*Archives de physiologie*, octobre 1854, p. 28 et suivantes.)

Il est juste, toutefois, de faire remarquer que M. Quevenne

avait opéré sur du suc gastrique de chien, tandis que M. Leras avait opéré sur celui du bœuf.

Il est évident, d'après ce qui précède, que le mémoire envoyé à l'Académie par M. Leras en 1855 ne présentait aucun fait scientifique nouveau et, partant, ne pouvait pas être l'objet d'un rapport; aussi n'a-t-il pas été fait de rapport à l'Académie au sujet de cette communication.

En 1857, M. Robiquet a présenté à l'Académie un mémoire sur le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, c'est-à-dire sur un produit distinct du pyrophosphate ferrico-sodique. A cette occasion, M. Leras a cru devoir adresser à l'Académie une réclamation de priorité.

Cette réclamation n'était pas fondée, puisqu'il s'agissait d'un composé tout autre que le pyrophosphate ferrico-sodique.

Qu'a fait cependant la commission chargée par l'Académie d'examiner le mémoire de M. Robiquet et les réclamations de M. Leras? Elle a résumé dans son rapport la communication faite par M. Leras à l'Institut en 1849 et reproduite en 1855 devant l'Académie de médecine; elle a apprécié le seul fait scientifique que M. Leras pût revendiquer : l'action réciproque du suc gastrique et du pyrophosphate ferrico-sodique; elle a constaté que, conformément aux observations de Quevenne, le suc gastrique du chien était précipité par le pyrophosphate ferrico-sodique, et, de plus, elle a démontré par des expériences précises que le pyrophosphate ferrico-sodique paralysait l'action digestive du suc gastrique, comme la plupart des autres médicaments ferrugineux.

La commission a donc accompli dans toute son étendue la mission dont elle avait été chargée par l'Académie, et M. Leras n'était en aucune manière fondé à dire que son rapporteur n'avait tenu aucun compte de ses réclamations; ces réclamations, au contraire, avaient été prises en considération avec une grande et bienveillante attention.

Tel est, messieurs, l'état de la question que la commission avait à examiner.

En présence des faits et des considérations qu'elle vient de

vous exposer, elle a l'honneur de proposer à l'Académie de déclarer qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réclamations de M. Leras.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

LECTURES.

Respirateur artificiel : ses applications à l'asphyxie diphthérique et aux asphyxies en général, par M. SIMONOT. (*Commissaires :* MM. Nélaton, Blache et Trousseau.)

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Le Progrès, n. 41.

Journal des vétérinaires du Midi. Septembre.

L'Abeille médicale d'Athènes.

Annuaire de la Société météorologique de France; tome VI, feuilles 1 à 6.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 41.

L'Abeille médicale, n. 41.

Journal des Savants. Septembre.

La France médicale et pharmaceutique, n. 41.

Gazette médicale de Paris, n. 41.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 119 à 121.

L'Union médicale, n. 119 à 121.

Gazette des hôpitaux, n. 118 à 120.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 41.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet à l'Académie de nouvelles pièces relatives à la demande de M. le préfet du département de Loir-et-Cher, tendant à faire décerner une médaille à madame Cuvier, sage-femme à Blois, pour le zèle avec lequel elle se livre à la propagation de la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Piedvache, de Dinan (Côtes-du-Nord), prie l'Académie de vouloir bien porter son nom sur la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi à la commission.*)

II. M. le docteur Lalagade (d'Albi), offre en hommage à l'Académie plusieurs exemplaires d'un ouvrage qu'il vient de publier sur la vaccine. (Voir la correspondance imprimée.)

III. M. Chartroule écrit à l'Académie au sujet de la communication faite par M. Rilliet sur l'intoxication qui aurait lieu par l'iode pris à petites doses, que depuis huit ans qu'il emploie les inhalations de l'iode il n'a jamais vu se produire cette intoxication.

IV. M. Préterre, dentiste, adresse à la Compagnie une nouvelle lettre au sujet de l'anesthésie galvanique dans l'avulsion des dents.

V. M. Belin, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet

au jugement de l'Académie des attelles, gouttières et appareils contentifs, qu'il a confectionnés d'après les idées de M. Bergounhioux. (*Commissaire :* M. Malgaigne.)

VI. M. Mathieu présente à l'Académie un nouveau ténaculum dilatateur pour la trachéotomie construit d'après les données de M. le professeur Langenbeck, de Berlin. (*Commissaire :* M. Trousseau.)

VII. M. le docteur Loiseau prie l'Académie de vouloir bien ouvrir un pli cacheté déposé par lui dans les archives de la Compagnie.

—

LECTURES.

M. le docteur Baizeau donne lecture d'un travail intitulé : *De l'héméralopie épidémique.* (*Commissaires :* MM. Velpeau et Larrey.)

(Extrait par l'auteur.)

Résumant en peu de mots ce mémoire, nous dirons :

1° Que l'héméralopie peut être sporadique ou épidémique, mais qu'elle est le plus souvent épidémique, et qu'il n'est pas rare de la voir régner endémiquement dans certaines localités ;

2° Qu'elle s'observe à tous les âges, et principalement chez l'adulte ;

3° Qu'elle est propre à tous les sexes et à toutes les constitutions ;

4° Qu'elle se développe dans tous les climats, et surtout dans ceux qui offrent de grandes variations de température entre le jour et la nuit ;

5° Que, sporadique ou épidémique, elle apparaît presque exclusivement au printemps et en automne ;

6° Qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les soldats et les marins que dans la population civile, où cependant on la voit quelquefois, et particulièrement chez les habitants de la campagne qui travaillent aux champs.

7° Qu'elle se montre quelle que soit la situation des localités, mais de préférence dans les contrées brumeuses et humides, et près des cours d'eau;

8° Qu'elle semble favorisée par la vie du bivouac et le séjour sous la tente;

9° Qu'elle est produite généralement par les variations de la température du jour et de la nuit, plus marquées au printemps et en automne qu'à toute autre époque;

10° Que les autres causes invoquées ont une influence moins directe et n'agissent, le plus ordinairement, que comme prédisposantes, tels sont les agents débilitants, la réverbération ou toute autre excitation exagérée et prolongée de la rétine, l'humidité, le mauvais état des voies digestives, etc.;

11° Que la plus grande fréquence de l'héméralopie chez le soldat et le marin est due aux gardes de nuit, qui les exposent au refroidissement nocturne succédant à l'insolation;

12° Que cette affection n'est point une simple asthénie de la rétine, mais le résultat d'une perturbation spéciale de cette membrane, et qu'elle doit être classée parmi les névroses;

13° Que l'altération de la vision existe aussi bien le jour que la nuit, comme on peut s'en convaincre en plaçant le malade dans l'obscurité;

14° Qu'elle se présente sous deux formes qui constituent l'héméralopie sthénique et l'héméralopie asthénique, la première se montrant presque toujours au début de la maladie;

15° Qu'elle est fréquemment compliquée de congestion cérébro-oculaire, quelquefois d'embarras gastro-intestinal ou de débilité générale;

16° Qu'elle se guérit le plus souvent spontanément après quelques jours de durée;

17° Que le traitement doit être surtout basé sur l'état sthénique ou asthénique de la rétine.

—

PRIX.

M. le professeur Tigri adresse à l'Académie, pour le concours du prix Barbier (1859) une note en italien ayant pour titre : *Casi di epilessia per anormale e ritardato sviluppo dei denti di rimpiazzo.* Ce mémoire est inscrit sous le n° 1er du concours.

—

RAPPORTS.

Analyse de l'eau de Saint-Loubouer. — (*Rapport* par M. O. Henry.)

Il y a plusieurs mois, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, dans une lettre ministérielle, demandait l'avis de l'Académie impériale de médecine au sujet de l'eau minérale sulfureuse de trois sources existant à Saint-Loubouer (département des Landes) dans le but de décider si l'analyse de ces eaux, regardées comme très importantes pour le département, pouvait être faite à Paris sur des échantillons puisés convenablement, et expédiés avec tous les soins voulus, ou s'il ne conviendrait pas mieux que le travail fût exécuté aux sources mêmes par des hommes compétents, et d'après les instructions données par ce corps savant. L'Académie n'hésita pas à se prononcer pour ce dernier avis; mais elle crut devoir accepter l'obligation de donner ces instructions et une marche à suivre, parce qu'elle ne pouvait prendre la responsabilité de travaux faits hors de son laboratoire ou loin de ses yeux. Elle admit toutefois qu'il n'était pas impossible de tenter, *provisoirement au moins*, dans son laboratoire une analyse de l'eau des sources de Saint-Loubouer expédiée en bonne forme.

C'est cette réponse de l'Académie impériale de médecine, faite au 12 janvier 1858, qui a motivé l'envoi d'échantillons puisés aux trois sources de Saint-Loubouer le 30 juin dernier, ainsi que la lettre ministérielle du 28 juillet suivant, en réclamant l'analyse de cette eau dans *l'intérêt public*, con-

formément aux vœux exprimés par le conseil d'hygiène de l'arrondissement. Aux échantillons envoyés étaient joints : 1° des certificats de puisement très réguliers; 2° la demande des propriétaires des sources, et 3° divers renseignements fournis par le médecin inspecteur, tant sur *la position* desdites sources que sur leur *débit journalier* et leurs *degrés de sulfuration* déterminés sur place. Ajoutons que, pour nous, lesdits échantillons ont été, *aussitôt leur arrivée au laboratoire*, mis en expérience.

Il existe à Saint-Loubouer et à Espérons, bourgs limitrophes au département des Landes, dans l'arrondissement de Saint-Sever, *trois sources sulfureuses* qui depuis longues années sont fréquentées par les malades, et qui furent, dit-on, autorisées en 1843. Ces sources sourdent toutes les trois d'un terrain argilo-marneux calcaire, au fond d'un vallon bien cultivé et d'un aspect riant.

Situées entre elles à 200 et 300 mètres, elles sont froides et accusent une température de 16 à 19 degrés centigrades.

Désignées par les noms : 1° de *source de la Grande-Maison*, 2° de *source du Bois*, et 3° *source Nicolas*, elles existent, la première sur la commune de Saint-Loubouer, et les deux autres sur celle d'Espérons.

Comme toutes les eaux *franchement sulfureuses*, elles laissent déposer dans leur parcours des flocons de *sulfuraire* dont on voyait quelques filaments nager dans les bouteilles expédiées à Paris.

Le débit total des trois sources s'élève à 92,800 litres par *vingt-quatre heures*, répartis ainsi qu'il suit :

Source de la Grande-Maison, 67,600 litres.

Source du Bois, 12,300 litres.

Source Nicolas, 12,900 litres, quantité qui peut se prêter à un service balnéaire de quelque importance.

D'après les résultats que nous avons obtenus, l'eau des trois sources est tout à fait analogue, quant à la quantité et à la nature des principes minéralisateurs trouvés par l'analyse.

La proportion des sels fixés trouvée, a été par litre de

0gr,26 et 0gr,24. Les sources ne diffèrent réellement que par leurs degrés de sulfuration. Ainsi, quand on opéra avec le sulfhydromètre de Dupasquier,

La première source (celle de la *Grande-Maison*) marqua 1°,83,

La deuxième (celle du *Bois*) donna 2°,10,

Et la troisième (celle dite *Nicolas*) 4°,10;

Différences reconnues aussi près des sources, et qui peuvent offrir dans l'application médicale quelques avantages.

L'eau de Saint-Loubouer appartient aux eaux *sulfhydratées calcaires formées secondairement*, dans lesquelles le *principe sulfureux* existe presque tout entier à l'état de *sulfure de calcium* associé aux *carbonates terreux*, à un peu de *sulfate de soude et de chaux*, à des *silicates terreux* et à du *chlorure de sodium* qui y domine, enfin à des matières de *nature organique*.

Elles ont donné par litre, savoir :

Source de la Grande-Maison.		*Source du Bois.*	*Source Nicolas.*
Température 19° centigrades.		Température 19° centigrades.	Température 16° centigrandes.
Degré sulfhydrométique, 1°,83.		Degré sulfhydrométique. 2°,10.	Degré sulfhydrom., 4°,10.
Sulfure calcique..	0,0034	 0,0039	 0,0076
Bi-carbonates chaux et magnésie Sulfates chaux et de soude..... Acide silicique, alumine..... Chlorure de sodium, *dominant*. Sel de potasse et ammoniacal .... Matière organique.	0,2566	 0,2361	 0,2324
	0,2600	0,2400	0,2400

Comme on le voit, l'eau fournie par les trois sources est identique et doit provenir de la même nappe originelle; la *proportion seule du principe sulfureux* (élément capital de ces

eaux) diffère sensiblement, sans doute en raison de *causes modificatrices* que l'on ne saurait apprécier qu'en étudiant l'eau près des sources. Cette différence peut avoir, nous le répétons encore, quelque utilité lorsque, dans l'administration médicale, on voudra *graduer l'élément sulfureux*.

Les eaux de Saint-Loubouer n'ont qu'*un degré très faible de sulfuration* pour se prêter à l'expédition en bouteilles, ainsi que cela a lieu pour d'autres eaux du même genre bien *plus riches en éléments sulfureux;* mais en raison de l'emploi utile qu'on en a fait depuis longues années dans l'établissement thermal du pays où elles existent, en raison aussi de leur analogie avec d'autres eaux sulfureuses reconnues utiles, nous pensons qu'il y a lieu de continuer l'application médicale en *buvette* et en *bains*. En conséquence, messieurs, nous ne voyons rien qui s'oppose à ce que l'autorisation de continuer cette exploitation soit accordée à leurs propriétaires.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Mémoire sur la paralysie du nerf facial, par M. le docteur L.-Ch. Roche.

Compte rendu de l'examen des élèves de l'École de médecine et de l'École d'accouchement du Caire, pour la première année de sa réorganisation, par M. le docteur Clot-Bey.

Études théoriques et expérimentales sur le virus-vaccin d'enfant et de revacciné, par M. le docteur Lalagade.

Histoire du Collegium medicum antverpiense, par M. le docteur O. Broeckx.

Recueil des travaux du Conseil départemental d'hygiène publique et de salubrité du Bas-Rhin, de 1849 à 1858, 1 volume in-8.

Della itterizia endemica, par M. le Enrico di Pietro Leone.

Proceedings of the royal medical et chirurgical Society of London. Volume II, n. 2.

The American Journal of insanity. Volume XIV, n. 3 et 4.

Journal de pharmacie et de chimie. Octobre.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Octobre.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques. Octobre.
Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIII, n. 24.
La Revue thérapeutique du Midi, 15 octobre.
Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 15 octobre.
La Presse médicale de Marseille, n. 9.
Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, 15 octobre.
La Revue médicale française et étrangère, 15 octobre.
Le Progrès, n. 42.
L'Abeille médicale, n. 42.
Gazette médicale de Paris, n. 42.
Gazette médicale d'Orient, n. 7.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, tome V, n. 42.
La France médicale et pharmaceutique, n. 42.
L'Union médicale, n. 122 à 124.
Le Moniteur des hôpitaux, n. 122 à 124.
Gazette des hôpitaux, n. 121 à 123.
Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 15.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport du médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Guagno (Corse) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (*Comm. des eaux minérales.*)

II. Un rapport de M. le docteur RAPHAEL sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Saint-Hillers en 1858. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les arrondissements d'Aix, de Bar-le-Duc et de Marseille. (*Commission des épidémies.*)

III. Une Note de M. le docteur AUZIAS-TURENNE, relative à la contagion des accidents syphilitiques constitutionnels. (*Commiss. :* MM. Velpeau, Ricord, Devergie, Depaul et Gibert.)

IV. La recette et l'échantillon d'un remède contre les maladies des yeux. — La recette et l'échantillon d'un élixir contre les maladies de la peau. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

V. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1857 dans les départements de l'Hérault, du Morbihan et de la Drôme. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur COINDET, médecin aide-major de première classe au 7e bataillon de chasseurs à pied, adresse à l'Académie les conclusions d'un travail sur l'*héméralopie*, qu'il a envoyé au conseil de santé des armées. (*Commissaires :* MM. Velpeau et Larrey.)

II. M. le docteur REYBARD (de Lyon) prie l'Académie de

vouloir bien porter son nom sur la liste des candidats correspondants. (*Renvoi à la commission.*)

III. Examen chimique d'un liquide laiteux obtenu par la ponction pratiquée sur une jeune fille de huit ans, par M. Buignet. (*Commissaires :* MM. Caventou et Bussy.)

IV. MM. Paul Gervais et Van Beneden font hommage à l'Académie de leur ouvrage intitulé : *Zoologie médicale*, exposé méthodique du règne animal basé sur l'anatomie, l'embryogénie et la paléontologie, comprenant la description des espèces employées en médecine, de celles qui sont venimeuses et de celles qui sont parasites de l'homme et des animaux. — Les espèces essentiellement médicinales dont les auteurs ont traité d'une manière particulière rentrent dans quatre catégories distinctes : 1° Celles qu'on emploie comme aliments dans les différentes régions du globe ; 2° celles dont on se sert en médecine ou qui fournissent des produits pharmaceutiques ; 3° celles qui sont venimeuses, vénéneuses ou urticantes ; 4° celles qui sont parasites de l'homme et des principaux animaux, qu'elles vivent à la surface extérieure de leur corps, dans la profondeur de leurs cavités ouvertes ou au sein de leurs parenchymes.

V. Note sur la fièvre puerpérale, par M. le docteur Petit (de Maurienne). — (*Commission dite de la fièvre puerpérale*, M. Guérard, rapporteur.)

VI. Note sur un cas de *Gynécomastie*, par M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg. (*Commissaires :* MM. Cruveilhier et Geoffroy Saint-Hilaire.)

VII. M. le docteur Boinet adresse à l'Académie la lettre suivante : *Alimentation iodée*. — L'intoxication signalée par M. le docteur Rilliet (de Genève) n'a jamais lieu. (*Commissaires :* MM. Chatin et Trousseau.)

« Monsieur le président, dans la séance du 13 octobre 1858, M. le docteur Rilliet (de Genève), à l'occasion du mémoire que j'ai lu à l'Académie (28 septembre 1858) sur l'alimentation iodée, a adressé une note sur l'*intoxication produite par*

l'iode, administré à petites doses continuées pendant longtemps, et conclut de quelques faits qu'il a observés, que cette manière d'administrer l'iode est dangereuse et empoisonne les malades. Les faits présentés par M. Rilliet sont loin de prouver ce qu'il avance; mais, avant de le démontrer, qu'il me soit permis de faire une remarque sur l'inconvénient qu'il y a à critiquer un travail qui n'est pas encore publié, et qui n'est connu que par des comptes rendus. Si mon honoré confrère de Genève avait attendu le rapport de l'Académie ou la publication de mon mémoire, il se serait évité la peine de faire observer que le mode d'administrer l'iode que je propose n'est pas nouveau et qu'il appartient à M. Grange; il aurait reconnu que j'avais rendu justice à M. Grange et à d'autres encore dont je n'ai pas omis les recherches, et aurait appris que la forme sous laquelle j'administre l'iode, dans l'administration iodée, n'est pas celle de M. Grange; que ce n'est ni l'hydriodate ni le chlorure de sodium iodé que j'emploie.

» Arrivons maintenant à l'intoxication produite par l'iode donné à petites doses, et examinons les faits sur lesquels s'appuie notre habile confrère pour avancer cette opinion. J'ai lu avec la plus grande attention la note et les observations qui servent de base à l'accusation qu'il lance contre l'alimentation iodée, et je déclare que, même après cette lecture, je ne puis accepter les conclusions de M. Rilliet, à savoir, que l'iode donné à petites doses longtemps continuées peut produire des accidents graves, l'empoisonnement. J'ai bien peur que, dans cette circonstance, notre confrère s'en soit laissé imposer par cet axiome souvent trompeur du *post hoc, ergo propter hoc*. Ce qui frappe tout d'abord dans la note de M. Rilliet, c'est le petit nombre d'observations sur lequel il s'appuie, et dans un pays où le goître est très fréquent, il est plus que probable que l'auteur a été à même d'observer un grand nombre de cas où la médication iodée a été mise en usage, et que d'autres de ses confrères ont dû faire les mêmes remarques et venir en aide à l'opinion de M. Rilliet, si celle-ci est l'expression de la vérité. Mais si je ne trouve pas concluants les faits de mon confrère, je suis loin de prétendre

qu'ils sont sans valeur et qu'ils n'ont pas été cités consciencieusement ; seulement, je crois qu'il n'a pas su se tenir en garde contre une idée préconçue.

» En effet, si l'on examine avec soin chacune de ces observations qui ne sont qu'au nombre de quatre, on n'a pas de peine à démontrer qu'elles ne peuvent pas servir de base à l'anathème lancé contre l'iode donné à petites doses.

» Je fis faire, dit-il, dans plusieurs familles de ma clientèle et par le pharmacien de la maison, un mélange scrupuleusement exact et convenablement trituré d'*une partie* d'hydriodate de potasse sur *dix mille* de sel de cuisine. Tous les aliments, sauf le pain, furent préparés avec ce sel. L'alimentation iodée fut continuée pendant plusieurs semaines, et voici ce qui arriva :

» Deux dames âgées de plus de soixante ans, et un monsieur âgé de plus de quarante-cinq ans, membres de familles différentes, furent successivement atteints, et à divers degrés, d'un ensemble de symptômes caractérisé par l'amaigrissement, des palpitations, de l'accélération du pouls, d'un tremblement général accompagné d'une grande mobilité nerveuse et d'une notable diminution des forces.

» Quelques années après ces accidents produits par une dose si minime d'iode dans les aliments (5 *centigrammes d'hydriodate de potasse, dans* 500 *grammes de sel de cuisine*), un de ces malades, la personne âgée de quarante-cinq ans, va passer *plusieurs semaines* au bord de la mer, et tout le cortége des symptômes décrits plus haut ne tarde pas à reparaître. Je n'hésitai pas un instant, dit M. Rilliet, à attribuer ces accidents à leur véritable cause, c'est-à-dire *à l'iode que le malade avait absorbé en respirant l'air des bords de la mer*.

» Enfin, la dernière observation est celle d'une dame âgée de près de soixante ans qui, pour se rétablir d'une simple diarrhée, avait été passer *quelques semaines* au bord de la mer, et qui ne tarda pas à éprouver une série de symptômes analogues à ceux offerts par les malades dont je viens de parler, et c'est, suivant notre confrère, par l'intermédiaire de l'air que cette dame respirait ou du sel que l'on employait pour

les usages culinaires et qui n'était pas suffisamment dépouillé d'hydriodate de potasse, qu'elle a été empoisonnée.

» Telles sont les observations de M. Rilliet.

» Mais puisqu'il a soumis plusieurs familles à cette alimentation iodée, pourquoi ses observations sont-elles aussi peu nombreuses? Et si toujours il y a eu intoxication chez tous les individus qu'il a soumis à l'alimentation iodée, nous lui demanderons pendant combien de semaines cette alimentation a été continuée; car dire que ces malades ont pris de l'iode pendant plusieurs semaines, ont vécu sur les bords de la mer pendant plusieurs semaines, ce n'est pas indiquer le temps pendant lequel les préparations iodées ont été administrées ou absorbées, et combien il faut de semaines pour que l'intoxication iodique se manifeste; il eût dû nous dire aussi quelle quantité d'iode a été prise par ses malades pendant les plusieurs semaines qu'il les a traités; car si l'on cherche à savoir combien d'iode chaque malade a dû absorber pour être empoisonné par la dose administrée par M. Rilliet, on est tout étonné de voir que cette dose est à peu près nulle. En effet, M. Rilliet a donné à chaque malade *une partie d'hydriodate de potasse sur dix mille parties* de chlorure de sodium, c'est-à-dire 5 *centigrammes d'iode dans* 500 *grammes de sel*. Il s'agit maintenant de savoir combien chaque malade a consommé de sel de cuisine par jour ou par semaine; et, en supposant qu'il ait pu en prendre 70 grammes par jour ou 500 grammes (1 livre) pendant une semaine, ce qui n'est guère probable, il n'aurait pris, *pendant une semaine, que* 5 *centigrammes d'hydriodate de potasse*. Alors je demande si 5 centigrammes d'iodure de potassium, pris dans l'espace d'une semaine, ont pu produire une intoxication iodique; mais si les malades n'ont pas absorbé 70 grammes de chlorure de sodium chaque jour, la dose d'hydriodate de potasse n'a pu atteindre 5 centigrammes par semaine.

» D'ailleurs les recherches et les observations de tous les médecins, et en particulier de MM. Grange, Boussingault, Chatin, etc., etc., n'ont-elles pas démontré que les habitants des localités dont l'air, l'eau et les aliments recèlent de l'iode

jouissent d'une santé excellente ; que ceux, au contraire, qui n'ont pas d'iode dans l'air qu'ils respirent, dans l'eau qu'ils boivent, dans les aliments dont ils se nourrissent, sont chétifs, dégénérés, qu'ils sont goîtreux, scrofuleux, crétins, etc.

Et en supposant que l'iode possède la propriété de s'accumuler et de se localiser dans l'économie, ce ne serait pas la dose de 5 centigrammes pris dans une semaine, ou de 30 centigrammes pris en six semaines, qui pourrait produire les accidents graves annoncés par M. Rilliet ; d'un autre côté, les expériences et les observations de MM. Cl. Bernard, Cramer, Marchal (de Calvi), Scharlieu (de Stettin), et enfin de tous les médecins, ne nous ont-elles pas démontré que l'économie se débarrasse de l'iode avec une grande promptitude, et par toutes nos sécrétions ? La pratique ne nous a-t-elle pas appris que la dose ordinaire de l'iode pur peut être chaque jour, et pendant plusieurs mois, de 5, 10, 15, 20 et jusqu'à 25 centigrammes ; que la dose ordinaire de l'iodure de potassium est de 1 gramme à 6 grammes par jour, et qu'on peut la porter au delà sans accident ? Ne sait-on pas que Wallace en fait prendre 2 grammes par jour pendant toute la durée d'un traitement de deux à trois mois ; que M. Ricord et beaucoup d'autres suivent la même pratique ; que Buchanan, voulant déterminer jusqu'à quelle dose on pouvait administrer l'iodure de potassium, le donnait régulièrement jusqu'à la dose de 8 grammes par vingt-quatre heures, et qu'il a administré sans inconvénients, combiné avec l'amidon, l'iode à la dose de 12 grains par jour, et même jusqu'à 72 grains par jour, sans observer aucun symptôme d'irritation gastro-intestinale ni d'aucune autre espèce ; que M. Puche, pour démontrer l'insignifiance de l'iodure de potassium, a porté la dose de ce sel jusqu'à 35 et même 40 grammes par jour (*Gazette des hôpitaux*, 1842) ? Dans ces conditions, l'iode ou ses composés ne peuvent donc pas être considérés comme toxiques, si l'on entend par poison toute substance qui, ingérée dans l'économie à petites doses, peut occasionner la mort. En effet, il ne nous paraît pas rationnel de dire qu'une substance a ce caractère lorsqu'elle n'est pas toxique à la dose de 10 et même 20 gram-

mes ingérée en une seule fois ; car autrement nous ne voyons plus quelle substance ne pourrait pas être classée parmi les poisons. Si maintenant des doses aussi considérables d'iode n'empoisonnent pas et ne produisent ordinairement des accidents d'aucune espèce, nous demandons pourquoi l'intoxication iodique serait plus à redouter alors qu'on administre l'iode à petites doses continuées pendant longtemps. Est-ce que l'élimination de l'iode, qui se fait d'une manière si prompte et si continue dès qu'il est introduit dans l'économie à doses ordinaires, à doses thérapeutiques, n'aurait plus lieu lorsqu'on l'administre à doses très minimes, à doses infinitésimales ; et si d'ailleurs il en était ainsi, il faudrait assurément *un grand nombre de semaines* pour introduire dans l'économie une dose assez considérable d'iode pour amener l'intoxication iodique. Nous pouvons d'ailleurs rassurer nos confrères sur ce point de pratique, et leur affirmer que des individus atteints de scrofules, de rhumatisme, de goutte, de cancer, etc., ont pris pendant plus d'une année de l'iode à doses minimes et asses élevées, soit sous la forme de teinture (60 gouttes par jour, par exemple), ou d'iodure de potassium, ou d'alimentation iodée, sans en éprouver le moindre effet fâcheux, et que nous n'avons jamais observé dans ces cas les effets pathogéniques signalés par le savant médecin de Genève..... Qu'il y ait certaines idiosyncrasies, certaines causes spéciales, particulières, inconnues souvent, qui font que tous les individus n'ont pas la même aptitude pour ce médicament, nous ne le nions pas ; mais il faut encore, dans ces cas, que les préparations iodées soient données à des doses plus considérables que celles qui existent dans l'air, l'eau et les aliments, pour produire des effets fâcheux. Cette intolérance de l'iode pour certains malades est une rare exception, et, quand on l'observe, elle est presque toujours due à l'emploi irrationnel de l'iode ou à des altérations chimiques de ce médicament. Dans tous les cas, quand ces phénomènes ont lieu, ils n'ont jamais rien de fâcheux, puisqu'ils disparaissent aussitôt la cessation de l'iode, grâce à sa prompte élimination.

» Il est vrai que M. Rilliet semble faire une réserve, et

croire que l'iode ne serait toxique que pour les individus qui ont dépassé quarante ans. S'il en était ainsi, l'iode serait en vérité un singulier poison : à l'inverse des autres substances vénéneuses, il ne deviendrait dangereux qu'ingéré et absorbé à doses très minimes, et il n'empoisonnerait ni les enfants ni les adultes, c'est-à-dire tous ceux qui n'ont pas encore atteint la quarantaine. A ce point de vue, nous devrions encore nous en féliciter, car c'est dans l'enfance et dans l'âge adulte que les préparations iodées sont le plus fréquemment employées, soit pour la scrofule, soit pour les affections syphilitiques, etc. Mais heureusement qu'il n'en est pas ainsi, que l'iode n'est un poison pour personne, quel que soit son âge, lorsqu'il est administré convenablement. Et si les choses se passaient comme le dit M. Rilliet, que deviendraient tous les individus âgés de plus de quarante ans qui habitent les bords de la mer ou les localités où l'iode se trouve naturellement dans l'air, les eaux et les aliments? Tous devraient subir l'intoxication iodique et offrir tous les effets pathogéniques indiqués par notre confrère : l'amaigrissement, les palpitations, le tremblement général, le marasme, etc. Jusqu'à présent la science a gardé le silence le plus profond sur ces empoisonnements, et constaté, au contraire, que tous les habitants des contrées où l'iode se trouve en grande quantité sont vigoureux et bien portants.

» Il résulte donc des faits rapportés par M. Rilliet que pas un ne met en évidence, d'une manière inattaquable, cette prétendue action si funeste de l'iode pris à doses minimes et longtemps continuées, et je m'étonne qu'un médecin aussi éclairé et aussi bon observateur se soit appuyé sur de tels faits pour combattre une manière d'administrer l'iode qui est si avantageuse aux malades.

Une deuxième remarque et nous avons fini : c'est que les diverses préparations d'iode ont une action et des symptômes qui sont propres à chacune d'elles ; que l'éponge calcinée occasionne des accidents différents de ceux de la teinture d'iode ; que celle-ci, si elle n'est pas associée à de l'acide tannique ou à l'iodure de potassium, agit plus spécialement sur l'esto-

mac et se manie plus difficilement, etc. Cette différence d'action de l'iode selon sa préparation n'est pas particulière à cette substance : on la retrouve surtout dans le mercure, avec lequel l'iode a de grands rapports pour la manière d'agir. Un phénomène qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est la saturation de l'économie par un médicament. Ainsi pour ce qui regarde l'iode, cette saturation peut se manifester plus ou moins promptement chez certains malades; mais, en examinant attentivement ce qui se passe, on verra que les symptômes qui annoncent cette saturation ne paraissent jamais si subitement que déjà l'action de l'iode ne se soit manifestée par quelques symptômes qui lui sont particuliers ; et comme nous pensons que toute action ultérieure est non-seulement inutile, mais devient d'autant plus nuisible que les iodiques continués saturent le corps davantage, on doit suspendre ces remèdes. C'est là une partie essentielle de toute bonne pratique, à laquelle nous attribuons très spécialement les succès. Nous croyons qu'il faut surveiller le moment où les iodiques vont manifester leur action, pour les suspendre sur-le-champ et les reprendre huit ou dix jours après, c'est-à-dire au moment où doit finir l'action de ceux qu'on a précédemment administrés, les quitter de nouveau pour les reprendre, et les laisser encore. Nous ne saurions trop appeler l'attention des praticiens sur cette manière de faire usage des préparations iodées, quelle que soit la forme sous laquelle on les emploie, et en agissant ainsi on se mettra sûrement à l'abri de tous les effets pathogéniques fâcheux que pourrait produire l'iode administré trop longtemps ou à trop hautes doses.

» Agréez, etc. »

VIII. M. le docteur Gendron, correspondant de l'Académie à Château-du-Loir (Sarthe), adresse à la Compagnie une *Note sur une cystocèle vaginale contenant deux calculs volumineux qui ont été expulsés naturellement par le canal de l'urèthre.*

« Catherine Crosseau, veuve Guinard, âgée de soixante-cinq ans, mère de sept enfants, a toujours eu des couches

faciles; elle s'aperçut dès l'âge de quatorze ans que sa respiration était courte; aujourd'hui elle est affligée d'un asthme qui l'oblige à faire usage de plusieurs oreillers pour se maintenir sur le séant pendant son sommeil.

» Il y a huit ans qu'elle a ressenti de premières douleurs dans les reins, et plusieurs fois elles furent accompagnées d'efforts de vomissement.

» Bientôt les douleurs s'étendirent dans les deux régions lombaires, aux deux aines, et les efforts de miction furent de plus en plus fréquents et pénibles.

» Les urines laissaient habituellement un dépôt jaunâtre très adhérent aux parois du vase. Plusieurs années se passèrent sans que la malade appelât le médecin. Une fois seulement elle consulta M. Clairet, qui pratique la médecine dans la commune de Saint-Paterne (Indre-et-Loire), habitée par la malade.

» Au mois de juin 1858, j'eus occasion de voir avec ce confrère la femme Guinard, dont les douleurs, provoquées par le moindre mouvement, étaient devenues intolérables.

» Elle se plaignait surtout de difficulté à uriner, de pesanteur au fondement, et d'une tumeur qui, dans les efforts de miction, se présentait à l'entrée du vagin.

» Le toucher fit reconnaître, en effet, un abaissement considérable de l'utérus et une tumeur globuleuse unie dans son contour, dure comme une pierre, ne fléchissant nullement sous la pression du doigt et ne donnant lieu à aucun bruit de frottement ou de crépitation.

» Cette tumeur, reconnue pour une cystocèle, devait-elle sa dureté à un squirrhe des parois de la vessie ou à un calcul très volumineux qui, d'après notre appréciation, aurait été unique?

» Nous nous proposions de lever tous les doutes par le cathétérisme; mais la malade, qui ne nous consultait, d'ailleurs, que parce qu'elle nous trouvait chez une de ses voisines, se refusa obstinément à l'introduction d'une sonde dans la vessie.

» Quelques mois après, M. Clairet m'apporta deux énormes

calculs que cette femme avait rendus à quelques jours de distance, ce qui nous décida tous les deux à lui faire une visite le 14 octobre 1858.

» Le premier calcul avait été expulsé le 3 octobre dans la matinée. Pendant trois heures la malade avait fait de vains efforts pour uriner. Ses souffrances, nous dit-elle, avaient dépassé les plus grandes douleurs d'un accouchement. Enfin, elle avait entendu un bruit résultant de la chute d'une pierre dans le vase de nuit, et immédiatement elle avait rendu un flot de deux verres d'urine. Depuis longtemps sa vessie n'avait pu en retenir plus d'une à deux cuillerées.

» Dans la nuit du troisième au quatrième jour, les douleurs recommencèrent, et un deuxième calcul fut à son tour expulsé.

» Depuis lors la malade se sent complétement guérie, mais elle ne peut retenir les urines qui s'échappent malgré elle. L'utérus est toujours abaissé, le vagin relâché et plissé dans sa paroi supérieure; par le toucher l'on ne sent plus du côté de la vessie aucune dureté, la hernie vésicale est molle et cède à la pression. Le méat urinaire, rouge, un peu frangé, offre une ouverture béante qui ne dépasse pas 2 millimètres de diamètre.

» Des lotions astringentes parviendront peut-être à corriger l'incontinence d'urine.

» *Examen des calculs.* — Les deux calculs ont la même forme triangulaire, leurs surfaces sont lisses, l'enveloppe en est très résistante, et ce n'est qu'après plusieurs chocs que l'un d'eux a pu être brisé.

» Ils nous ont paru formés au centre de couches successives d'acide urique et sans doute de quelques urates; l'extérieur doit être formé de phosphate et de carbonate de chaux. L'un pèse 52 grammes et l'autre 50.

» Le plus volumineux mesure à sa base un peu plus de 5 centimètres de longueur (2 pouces ancienne mesure). Même étendue à peu près du sommet à la base, celle-ci offre 3 centimètres d'épaisseur; enfin le contour du calcul auprès de la base est de 13 centimètres.

» L'on trouve dans les auteurs des faits plus extraordinaires que celui-ci ; toutefois, comme plusieurs ont excité des doutes sur la nature des calculs et sur leur voie d'expulsion, nous pensons que cette observation a son degré d'intérêt et peut prendre place à côté de celles qui ont été plus anciennement publiées, et dont l'on peut voir l'énumération dans la *Médecine opératoire* du docteur Velpeau (Paris, 1839, t. IV, page 605).

» Chopart (*Maladies des voies urinaires*, t. II, p. 76 et 77) rapporte plusieurs faits de cystocèles vaginales compliquées de la présence de calculs ; mais alors l'on avait senti en pressant la tumeur un craquement qui ne laissait aucun doute sur l'existence de plusieurs pierres vésicales. Ruisch et Tollet avaient, en pareil cas, guéri complétement des malades par l'incision de la tumeur et l'extraction par le vagin des calculs urinaires.

» Il est probable qu'à l'époque où nous avons examiné pour la première fois la femme Guinard, ses deux calculs contigus étaient enchatonnés dans la poche vésico-vaginale, transmettant ainsi l'impression d'une tumeur uniforme, dure et immobile. Pendant huit années cette femme a supporté des douleurs inouïes plutôt que d'invoquer les secours de l'art et de la lithotritie, qui l'eût promptement délivrée de ses calculs. Plus heureuse que sage, elle a le droit de s'applaudir de son inertie, tant le mal passé n'est que songe. »

—

LECTURES.

Coup d'œil sur la médecine des anciens Indiens, par M. René Briau. (*Commissaires :* MM. Fr. Dubois et Malgaigne.)

(Extrait par l'auteur.)

En poursuivant mes recherches habituelles sur l'histoire de la médecine et sur les médecins de l'antiquité, je fus entraîné il y a quelque temps à faire des études sur la langue sanscrite et à prendre une connaissance générale de cette

vaste littérature qui contient un des plus anciens livres connus, et qui ne comporte pas moins de vingt-cinq siècles dans les phases diverses de son développement. Pendant cette excursion en dehors du domaine médical, à laquelle la curiosité philologique avait la plus grande part, je ne pouvais cependant me dépouiller de mon caractère de médecin, et je me demandai bien vite si par hasard il n'existait rien d'intéressant pour notre science dans cette immense agglomération de productions religieuses, épiques, grammaticales, etc., etc.

Je me souvins alors que Rhazès, dans son grand ouvrage intitulé *El Hawi*, c'est-à-dire le *continent*, rapporte assez souvent les opinions des médecins indiens; mais on n'avait pu tirer aucun parti de ces fragments épars pour se faire une idée juste du développement scientifique et de l'antiquité de la médecine dans les contrées qu'arrose le Gange. On pouvait seulement en inférer qu'il y avait eu autrefois dans ce pays une culture assez avancée de la médecine. En effet, si le peuple indien, essentiellement contemplatif et peu soucieux des besoins matériels de la vie, a pu négliger beaucoup de sciences conduisant à des résultats pratiques, il lui était impossible de se passer de la médecine, qui est, avec la religion, la plus impérieuse nécessité des peuples, à ce point qu'aucun, même parmi les plus barbares, ne peut y échapper.

Ces considérations me firent rechercher avec soin les documents qui pouvaient avoir un rapport plus ou moins direct avec notre science, et j'appris ainsi que le texte sanscrit du plus ancien des ouvrages de médecine de l'Inde avait été imprimé à Calcutta en 1835, et avait été traduit par un médecin allemand, M. Francis Hessler, dont le travail était en ce moment même en voie de publication. J'eus le bonheur de rencontrer un exemplaire de cet ouvrage à la Société asiatique, dont j'ai l'honneur d'être membre; et, avec l'aide souvent invoquée de mon excellent ami, M. Foucaux, professeur de sanscrit au collége de France, j'ai pu prendre une connaissance assez exacte de la valeur scientifique de ce traité qui, comme je le dirai plus loin, remonte à une époque antérieure à l'ère chrétienne.

Ce livre est intitulé : *Susrutas, Ayurvedas*, c'est-à-dire *science de la médecine, par Susruta.* L'auteur déclare tout d'abord comment la doctrine lui a été révélée par le bienheureux *D'hanvantari*, espèce d'Esculape indien qui lui-même avait recueilli la science de la bouche de Brahma, par l'intermédiaire des deux *Asvin*, demi-urges qui correspondent assez exactement aux personnages grecs de Castor et Pollux. Il y a ici, comme en beaucoup d'autres points, similitude presque complète entre la filiation des mythes indiens et des mythes grecs. Il ne faut point s'étonner de cette ressemblance et de ce parallélisme ; on les retrouve dans la plupart des faits principaux de l'histoire primitive de ces peuples, dont la parenté originelle est d'ailleurs aujourd'hui très bien démontrée. Le sloka, ou distique qui termine le premier chapitre, rend ainsi compte de ces faits : « Celui qui étudie ce véda éternel révélé par *Svayambhu* et commenté par *Kasiradja*, s'il est pur et honoré par les rois, ira retrouver, après la mort des cinq esprits vitaux, les habitants du monde d'*Indra*. » Or, *Svayanbhu* signifie mot à mot celui qui existe par lui-même ; c'est une épithète de *Brahma*, le dieu suprême. Kasiradja veut dire *seigneur* ou *roi de Bénarès ;* c'est une désignation de *D'hanvantari*.

Comme il est facile de le prévoir, la médecine de *Susruta* est mêlée de légendes et de pratiques religieuses, ainsi que de principes théologiques. Aussi, pour l'exercer, fallait-il avoir obtenu la permission des brahmanes et leur être affilié, bien que d'ailleurs le médecin eût la liberté de choisir ses disciples indifféremment dans les quatre castes de l'Inde. Mais ces matières sont loin de former la partie principale de l'ouvrage ; les préceptes vraiment scientifiques y sont en grande majorité. On y enseigne dès le commencement que le médecin doit se munir de toutes les connaissances qui ont quelque rapport avec la médecine, et l'on y trouve nettement formulée la règle suivante : « Celui qui connaît complétement la doctrine, mais qui est inhabile aux opérations, se trouble chaque fois qu'il aborde le malade, comme un soldat timide qui se présente au combat. D'une autre part, celui qui, versé

dans l'art chirurgical, met cependant de côté la doctrine par présomption, ne mérite pas d'être honoré par les gens de bien. Ces deux hommes, qui ne connaissent chacun que la moitié de l'art de guérir, sont également incapables de bien s'acquitter de leurs fonctions et ressemblent à deux oiseaux qui n'auraient qu'une aile chacun. » On voit par là que chez les Indiens la médecine n'était pas séparée de la chirurgie, et que l'art de guérir formait un tout complet sans aucun fractionnement.

Susruta veut que celui qui se destine à la médecine soit noble, jeune, beau, vigoureux, pur, instruit dans les sciences sacrées, modeste, intelligent, discret et patient. Il doit se préparer par des sacrifices, des prières, des invocations, suivant les rites sacrés, et être choisi par un médecin d'une caste supérieure à la sienne. Il ne pourra se livrer à la pratique qu'après avoir longtemps étudié et après s'être exercé un grand nombre de fois à toutes les opérations. En public, il doit être digne et paraître supérieur aux autres hommes par sa tenue et sa décence; il faut qu'il soit doux et bienveillant; il sera vêtu de blanc, aura une canne à la main, les cheveux courts et les ongles coupés; il doit éviter avec soin de babiller et de plaisanter avec les femmes. Chacun remarquera ici combien ces recommandations se rapprochent de celles qui sont contenues dans le traité hippocratique intitulé : *Du médecin*, sauf quelques détails qui tiennent à la différence des lieux et des mœurs. *Susruta* prescrit, en outre, de ne jamais donner de soins médicaux aux scélérats et aux chasseurs. Ce précepte vient de ce que la religion brahmanique reconnaît le dogme de la métempsychose, et défend en conséquence de tuer les animaux. Il enseigne qu'il y a trois moyens de reconnaître les maladies : 1° l'inspection des malades; 2° le toucher; 3° l'interrogation. Il ajoute qu'on doit employer aussi les cinq sens pour bien diagnostiquer.

L'*Ayurveda* reconnaît cinq principes ou éléments dans la nature : ce sont l'air, le feu, la terre, l'eau et l'éther. C'est à l'aide de ces cinq éléments que Brahma crée et entretient toutes choses. Il n'échappera à personne que cette théorie de

la philosophie indienne, à l'aide de laquelle elle explique tous les phénomènes naturels, diffère de la théorie grecque des quatre éléments par l'introduction d'un cinquième principe, l'éther, auquel on fait jouer un rôle important. Toutefois, il est essentiel de remarquer qu'en médecine les Grecs admettaient le πνεῦμα (esprit), qui, selon eux, circulait dans les artères; et *Susruta* admet également que l'éther circule dans les vaisseaux rouges, car la science indienne distingue des vaisseaux noirs qui sont les veines, des vaisseaux rouges qui sont les artères, et enfin, chose surprenante! des vaisseaux cachés que M. Hessler croit être les lymphatiques; mais j'avoue qu'avant d'adopter l'opinion étrange que les Indiens ont pu connaître ces vaisseaux, j'ai besoin d'en rechercher et d'en trouver la preuve tout à fait évidente. Ainsi le cinquième élément rejeté de la philosophie se retrouvait dans la médecine grecque. Ces cinq principes répondent aux cinq sens, savoir: l'air au tact, le feu à la vue, la terre à l'odorat, l'eau au goût et l'éther à l'ouïe. Ils sont, au reste, les causes éloignées des maladies et agissent sur l'organisme humain par le moyen des saisons, des aliments, de l'atmosphère et des lieux.

Les causes prochaines des maladies sont la mauvaise répartition et le défaut d'équilibre des humeurs. Il y a des maladies naturelles et des maladies surnaturelles ou démoniaques. Les maladies naturelles sont de quatre espèces : 1° les accidentelles, qui proviennent de lésions extérieures; 2° les corporelles, qui proviennent de lésions intérieures; 3° les morales, qui comprennent toutes les passions; 4° enfin les naturelles, qui sont le propre de notre nature, comme la faim, la vieillesse, la mort, etc. Mais c'est là seulement le point de vue théorique, car, sous le rapport pratique, l'*Ayurveda* divise simplement les maladies en internes et externes. Les indications thérapeutiques pour les affections internes sont tirées principalement des saisons, de l'âge, de la force et du caractère des sujets. La matière médicale est prise, presque entièrement, dans les règnes végétal et animal. A peine quelques substances métalliques sont-elles indiquées dans le livre de *Susruta*. La potasse caustique seule y est fréquemment

conseillée. Du reste, les moxas, les cautères de toute espèce, les sangsues, les ventouses, les cataplasmes, les injections, les frictions, etc., etc., sont constamment recommandés. Une part très large est également faite aux moyens mystiques, aux enchantements et aux cérémonies religieuses. Il ne faut pas oublier, en effet, que notre ouvrage est un *veda*, c'est-à-dire un livre sacré. Ce mot *veda* est pris de la racine *vid*, qui a fourni le mot latin *videre*, et qui exprime l'idée de *voir* ou *savoir;* d'où *veda* signifie la science par excellence, la science sacrée.

La chirurgie de *Susruta*, sans être aussi avancée ni aussi savante que celle des Grecs, est cependant dans un état de développement dont on a droit d'être étonné; et son exposition prouve que les médecins indiens étaient versés dans la pratique des plus grandes opérations. Ainsi on y trouve décrites la cystotomie périnéale, l'embryotomie, divers genres d'autoplastie et de suture, la dissection des fistules et des tumeurs hémorrhoïdaires. L'arsenal chirurgical est déjà considérable; on y voit figurer différentes espèces de couteaux, de pinces, de scies, de spéculums, de sondes, d'aiguilles, de ventouses, de cautères actuels et potentiels, etc., etc. Toutefois, leurs connaissances anatomiques sont à peu près nulles, ou du moins dans une naïve enfance; car les Indiens avaient, plus qu'aucun autre peuple, le respect des morts, et leurs croyances religieuses s'opposaient aux recherches sur les animaux : d'ailleurs, ils ne sentaient probablement pas le besoin de ces études positives et précises, qui sont la gloire des écoles modernes et qui révèlent une culture intellectuelle avancée. Leur anatomie consiste donc seulement à dénommer les organes les plus apparents et à énumérer le nombre des os. Ai-je besoin d'ajouter que leur physiologie, n'ayant pas de base, ne consiste que dans des explications théoriques purement intuitives? Mais un point sur lequel on revient avec insistance dans l'*Ayurveda*, c'est la nécessité indispensable pour le médecin de s'exercer longtemps à la pratique des opérations. Cet exercice, sans cesse recommandé, peut avoir lieu sur toutes les productions végétales naturelles. Il est

même permis, pour cela, tant on y attachait d'importance! de se servir des cadavres d'animaux. Enfin, qui le croirait! il est dit dans un endroit qu'on peut apprendre à connaître les organes sur des cadavres humains, pourvu que ce soit après plusieurs jours de purifications et une multitude de préparations religieuses. Du reste, les qualités requises pour être bon opérateur sont d'être ferme, prompt, imperturbable, sans faiblesse ni crainte, et d'avoir un instrument bien affilé. Il est impossible de ne pas rappeler ici que Celse exige du chirurgien, presque dans les mêmes termes, les mêmes qualités, auxquelles il ajoute celles d'être jeune et ambidextre.

Ces sortes de rapprochements pourraient être beaucoup plus multipliées; mais mon intention étant de ne donner ici qu'un aperçu très général du plus célèbre et du plus ancien des livres de médecine de l'Inde, je m'abstiendrai de plus amples détails sur les doctrines qu'il contient, pour dire quelques mots de l'époque où il a été rédigé.

L'ouvrage commence par une invocation à *Brahma*, à *Indra* et aux deux *Asvin;* puis il raconte que plusieurs hommes, prenant en pitié les maux qui affligent l'humanité, vinrent trouver le bienheureux *D'hanvantari* et le supplièrent de leur enseigner les moyens d'y remédier. Celui-ci daigna se rendre à leurs prières, et en choisit un parmi eux pour lui dicter un abrégé de la science que Brahma lui-même avait révélée. Le disciple privilégié fut *Susruta*, qui rédigea l'*Ayurveda* sous la dictée de son maître. Ce livre, dont la majeure partie est en prose, contient cependant de nombreux préceptes en vers disséminés çà et là, et disposés par distiques, à la manière des *Vedas*. Je suis très convaincu que cette partie rédigée sous la forme poétique est beaucoup plus ancienne que le reste de l'ouvrage. Ces préceptes, résultat de l'expérience et formulés en règles avant que l'écriture fût connue, durent être transmis par la voie orale de génération en génération, et pour cela il fallut se servir d'un procédé qui permît de les retenir facilement gravés dans la mémoire. Les médecins devaient les apprendre par cœur, de même que les prêtres étaient tenus d'apprendre, de la même manière et mot à mot, les formules de prières

et d'invocations. Leur rédaction sentencieuse, précise, laconique, et leur couleur religieuse, donnent à ces règles canoniques quelque ressemblance avec les monuments de législation les plus primitifs, comme, par exemple, la loi romaine des douze tables, et leur imprime un caractère d'archaïsme qu'il est impossible de méconnaître. Ces distiques ne sont donc qu'une collection d'aphorismes médicaux, transmis par la tradition depuis les temps les plus anciens, et intercalés par *Susruta* dans son œuvre propre. Quant au reste de l'ouvrage, il est probablement d'une date beaucoup plus récente.

Il serait sans doute très intéressant de connaître l'époque où vécut *Susruta*, et où il rédigea son livre; mais, dans l'état actuel de la science, il est absolument impossible de résoudre cette question. M. le docteur Hessler, dans le travail dont j'ai fait mention, ne craint pas d'affirmer que l'auteur de l'*Ayurveda* vivait au moins mille ans avant l'ère chrétienne. Mais il est plus facile d'affirmer que de prouver; et la vérité m'oblige à dire qu'il ne justifie cette assertion par aucune raison bien solide. Toutefois, il est peut-être possible d'établir certaines limites extrêmes, entre lesquelles on pourra placer avec vraisemblance la rédaction du livre de *Susruta*. Ainsi, d'abord on trouve dans le *Mahabharata* (1) un passage qui fait mention de l'*Atharvaveda* et de ses appendices, dont notre ouvrage de médecine fait partie, comme l'auteur le déclare dans son premier chapitre. On doit donc conclure de ce passage d'un des grands poëmes épiques de l'Inde que l'*Ayurveda* est antérieur à la rédaction du *Mahabharata*. En outre, le plus célèbre des indianistes actuels, M. Wilson (2) regarde comme probable qu'à une époque reculée il existait une école de médecine célèbre à Bénarès, et déjà nous avons vu que *D'hanvantari* était appelé *Kasiradja*, c'est-à-dire « roi ou seigneur de Bénarès, » et que *Susruta* était son disciple. A la vérité, M. Wilson ne spécifie pas ce qu'il entend par une époque reculée; mais il est facile de conjecturer qu'un direc-

(1) *Mahabharata, in nala*, lib. XII, slok. 17.

(2) *Vischnu purana*, p. 407, n° 11. Londres, 1840.

teur de cette école mis au rang des dieux ne peut être qu'un personnage fort ancien. Enfin Strabon (1), qui, comme on sait, vivait sous les règnes d'Auguste et de Tibère, dit, d'après Mégasthène, historien du temps d'Alexandre le Grand, que les anciens Indiens ne s'appliquaient à aucune autre science qu'à la médecine, et ajoute, ce qui est plus concluant, qu'outre les quatre éléments admis par la science grecque, ils en reconnaissaient un cinquième. Or, nous avons vu que cette théorie des cinq éléments se trouve précisément exposée tout au long dans l'*Ayurveda*.

De tous ces témoignages dont je n'ai point épuisé la liste, il me semble résulter que la rédaction du livre de *Susruta* n'a pas pu avoir lieu plus tard que deux ou trois siècles avant l'ère chrétienne, et que les peuples indiens étaient en possession d'une science médicale dogmatisée longtemps avant cette époque, comme le prouve la partie du livre rédigée en distiques. J'ajouterai, pour faire voir en quel honneur était la médecine dans ces contrées, que dans les annales singhalaises intitulées *Mahavamsa* et *Soulouvamsa* il est fait mention d'un roi de Ceylan, nommé *Bouddhadasa*, qui, vers le milieu du IVe siècle de notre ère, fut un grand médecin, écrivit plusieurs livres de médecine, fonda de nombreux hôpitaux et établit un médecin par section de dix villages.

Maintenant beaucoup se demanderont si les Grecs ont appris la médecine des Indiens, ou si ces derniers la leur ont empruntée, ou bien si la science s'est développée parallélement et simultanément chez les deux peuples, dont pourtant l'origine était commune. Cette question est fort complexe, et ne peut être résolue d'une manière radicale et complète. D'une part, on peut remarquer que Hippocrate fait entrer dans sa matière médicale un certain nombre de plantes indigènes de l'Inde, tandis qu'on ne trouve dans *Susruta* aucune indication de plantes originaires de Grèce. J'ai déjà fait voir, en outre, qu'une partie de l'*Ayurveda* présente un caractère

(1) Strabon, *Géograph.*, liv. XV, ch. 1, § 59 et 60, Voyez aussi Mégasthène, dans *Fragm. hist. græc.*, éditions Firmin Didot.

religieux et archaïque qui la recule bien loin dans l'antiquité. Mais, d'un autre côté, il est difficile d'admettre que la science grecque n'ait point pénétré dans l'Inde à la suite des conquêtes d'Alexandre le Grand. En effet, les guerres qui bouleversent les empires et mélangent les populations ont cet avantage que les peuples les plus avancés en civilisation et en science, vainqueurs ou vaincus, imposent aux autres quelques-unes de leurs idées et de leurs tendances. Je n'ai rencontré jusqu'à présent, dans l'*Ayurveda*, aucune trace d'emprunt fait aux Grecs; mais si, postérieurement à l'invasion d'Alexandre, on avait intercalé dans ce livre quelques parcelles des connaissances helléniques, ce que le caractère indien rend d'ailleurs très peu vraisemblable, il n'en faudrait rien conclure contre l'originalité de la doctrine générale de *Susruta*. Il est facile de se rendre compte que la médecine est la plus ancienne des sciences; elle résulte de besoins tellement impérieux et inhérents à l'humanité, qu'elle a pu être dogmatisée chez plusieurs peuples à la fois sans que les uns aient eu connaissance des découvertes des autres.

Je reste donc persuadé qu'avant l'arrivée des Macédoniens dans l'Inde, les peuples de ce pays étaient déjà en possession d'une science médicale bien ordonnée et rédigée en corps de doctrine. Une étude plus approfondie des documents que nous possédons sur la médecine de ces contrées, si anciennement civilisées, et pourtant si nouvelles encore pour nous, permettra sans doute d'éclaircir plusieurs questions que je n'ai fait que poser ici, et de résoudre divers problèmes inséparables d'un sujet aussi complétement neuf. Pour mon compte, je tâcherai d'apporter mon tribut de travail à ce point intéressant d'histoire de la médecine.

—

Rapport demandé par M. le ministre de l'instruction publique sur une lettre adressée à l'Académie impériale de médecine par les professeurs de l'Université de Caracas. — Commissaires : MM. Velpeau, Bégin, Nélaton, Lagneau, Malgaigne, *rapporteur.*

Messieurs, à l'occasion d'une opération pratiquée avec succès par M. le docteur Michelena, dans la région parotidienne, une vive discussion, animée encore par des questions personnelles, a divisé le corps médical de la république de Venezuela. D'un côté s'est rangée l'Académie des sciences physiques et naturelles de Caracas; de l'autre, l'Université de la même ville, où M. Michelena remplit à la fois les fonctions de recteur et de professeur de médecine ; et finalement, pour arriver à une solution scientifique, huit professeurs en médecine et en chirurgie de l'Université, le recteur en tête, ont pris le parti d'en appeler à l'Académie impériale de médecine de Paris. Leur demande, accompagnée de diverses pièces, a été transmise par M. le consul général de France au Venezuela à M. le ministre des affaires étrangères, et M. le ministre de l'instruction publique l'a fait parvenir à l'Académie en l'invitant, par une lettre du 20 novembre 1857, à lui adresser *un rapport sur cette affaire.* L'Académie, dans la séance du 24 novembre, a nommé une commission composée de MM. Velpeau, Bégin, Nélaton, Lagneau et Malgaigne; c'est le rapport de cette commission que je vais avoir l'honneur de vous présenter.

Exposons d'abord les faits tels qu'ils ressortent des pièces qui nous ont été communiquées ; comme elles sont en langue espagnole, M. Lagneau, membre de la commission, particulièrement versé dans cette langue, a bien voulu se charger de nous en donner une version exacte.

Le 1er mai 1857, le journal *El Naturalista* publiait l'observation suivante, qui, ayant été le point de départ de toute la discussion, demande à être reproduite en entier.

« *Extirpation complète de la parotide, pratiquée par le doc-*

teur G. Michelena le 10 *avril dernier.* — M. R. N., âgé de quarante ans, marchand de bestiaux, de tempérament sanguin et dans les meilleures conditions de santé, était affecté d'une dégénérescence de la glande parotide à la suite d'une inflammation de l'un des follicules sébacés situés dans cette région, et qui bientôt s'était étendue à tout l'organe. Le professeur vit le malade dans cet état, et reconnut qu'on ne pouvait limiter la tumeur à l'insertion de sa base, qui était large et profondément située; elle avait le volume d'une grosse pomme, déprimée d'avant en arrière; sa consistance, assez résistante, suffit pour diagnostiquer une dégénérescence charnue, comme on le vérifia bientôt.

» *Procédé opératoire.* — Après un examen définitif, l'opération étant résolue, on procéda en conséquence. On résolut avant tout de soumettre le patient à la chloroformisation, qu'on ne poussa pas jusqu'au bout dans la crainte de forcer l'action anesthésique, eu égard à la vigueur du sujet et aux contorsions que produisirent les premières applications. Profitant d'un moment de calme qui survint, on fit une première incision de 3 pouces 1/2 de longueur, depuis la base de l'apophyse mastoïde jusqu'à 3 lignes au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Je crois utile d'avertir qu'on lui donna une forme semi-lunaire, dans le but d'éviter la section du plus grand nombre des filets nerveux du facial, et prévenir de cette manière la paralysie de la paupière et des lèvres du côté correspondant, qui arrive fréquemment dans les opérations pratiquées sur le cou. Les lèvres de l'incision disséquées et la tumeur mise à nu dans toute son étendue, on la saisit au moyen d'une pince-érigne et on la tira doucement en dehors. Dans les divers coups de bistouri qui servirent à la séparer, on intéressa naturellement presque tous les rameaux de la carotide externe et les vaisseaux propres de la tumeur; il fut aussi indispensable de diviser un des rameaux veineux qui se rendent à la jugulaire interne, lequel donna tant de sang que le succès de l'opération aurait pu en être compromis; mais la dextérité de l'habile opérateur y pourvut. Abandonnant pour un moment les instruments, il reconnut à l'aide des doigts la

position dangereuse de la tumeur, et d'un coup la divisant en deux, il en enleva l'hémisphère supérieur, se faisant ainsi de la place pour le libre jeu des instruments; puis, avec beaucoup de légèreté, il procéda à l'ablation de l'autre moitié, réduit toutefois dans ce dernier temps de l'opération à intéresser la jugulaire interne sur laquelle la tumeur était placée. Comme la tumeur était disséquée par en bas, il fallut, pour la séparer, raser la veine jugulaire, qui fut entamée sur une de ses faces. Après l'avoir liée sur le côté, on fit des affusions froides et des compressions soutenues sur le fond de la plaie avec des éponges humides, en les contenant avec les lèvres de la plaie; cela suffit pour arrêter le sang. On appliqua ensuite l'appareil, après avoir réuni la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et comblé l'excavation considérable qui restait avec des bourdonnets de charpie cératés. La réunion par première intention s'obtint en quatre jours; mais il fut nécessaire de s'y opposer à la partie supérieure de la plaie, et de faire une contre-ouverture en bas, à la partie la plus déclive, pour procurer la sortie du pus et attendre la formation des bourgeons charnus. Au bout de huit ou dix jours, quand ces bourgeons furent bien développés, on établit une compression de haut en bas, et l'on obtint la réunion complète de la peau avec les parties dont elle avait été séparée par la tumeur. Aujourd'hui M. R. N. jouit d'une santé parfaite, et a même recouvré la sensibilité de l'oreille et du côté droit, correspondant à la tumeur, qui avait été interrompue per la section des nerfs qui s'y distribuaient.

» MODESTO PLAZ.

» Caracas, 28 avril 1857. »

Cette rédaction trahissait évidemment une plume peu expérimentée : M. Modesto Plaz était un étudiant en médecine qui avait assisté à l'opération avec plusieurs de ses camarades et M. le docteur Jelambi. La rédaction de l'*Eco scientifico*, composée de six médecins, tous amis de M. Michelena, résolut de lui écrire pour lui exposer ses doutes sur la valeur de l'observation et le prier d'en donner lui-même une rédac-

tion plus exacte. M. Michelena, suivant ce journal, aurait promis de satisfaire à cette demande; mais cette promesse n'ayant pas été tenue, l'*Eco cientifico*, dans son numéro du 8 juin, se livra à une critique sévère de l'observation suspectée. Il s'étonnait de cette dégénérescence charnue de la parotide succédant à l'inflammation d'un follicule sébacé; il s'étonnait que l'opérateur n'eût lésé ni le nerf facial, ni la carotide externe, et qu'il eût blessé la jugulaire interne; il s'étonnait de la ligature latérale placée sur cette veine dans cette région; et après plusieurs autres remarques critiques, il concluait que très probablement l'on n'avait enlevé qu'un ganglion plus ou moins dégénéré et superposé à la parotide. Disons, d'ailleurs, que les critiques n'ignoraient point les recherches de M. Triquet sur quelques anomalies de position qui permettent, soit au nerf facial, soit à la carotide externe, d'échapper au couteau dans l'extirpation de la parotide; mais ils trouvaient étrange que ces deux anomalies, si rares chacune en particulier, se fussent rencontrées à la fois chez l'opéré de M. Michelena, et leur conclusion s'appuyait, en outre, des autres circonstances que nous avons relatées.

Presque aussitôt après l'apparition de cet article, l'Académie des sciences physico-naturelles de Caracas mit à l'ordre du jour, dans sa séance du 11 juin, la discussion de ces deux questions :

« *Peut-on pratiquer l'extirpation complète de la glande parotide, sans intéresser le nerf facial et l'artère carotide externe?*

« *Existe-t-il, dans les fastes de la chirurgie, quelque fait authentique de ligature totale ou partielle de la veine jugulaire interne, pour une division totale ou partielle de son calibre, dans la partie de son trajet comprise entre la base du crâne et le niveau de l'angle de la mâchoire inférieure? Cette ligature est-elle praticable sur l'homme vivant avec facilité et sécurité?* »

M. le docteur Blanco, collègue de M. Michelena et à l'Université et à l'Académie, lut dans cette séance un Mémoire fort intéressant sur ces deux questions; pour la première, il éta-

blit par des faits authentiques que la parotide peut être enlevée en totalité sans lésion de l'artère et sans lésion du nerf; pour la seconde, les faits manquant, il chercha à la résoudre par analogie.

Ce Mémoire fut inséré dans *El Naturalista*, numéro de juin. Nous ignorons les autres détails de la discussion académique; il paraît cependant que M. Michelena prit la parole pour maintenir que l'extirpation avait été bien complète, sans lésion de la carotide externe; « *quant au nerf facial il n'en pouvait dire autant, puisque ce nerf avait été coupé, fait facile à prouver par l'hémiplégie dont l'opéré souffrait encore à présent.* » (*Eco cientifico*, juillet 1857, p. 77.)

Cependant les élèves de M. Michelena écrivirent au *Diario de Avisos*, pour soutenir le fait de l'extirpation totale; et une autre lettre fut adressé, le 24 juin, au même journal par M. le professeur Exequiel Jelambi, qui avait assisté à l'opération. Il confesse que la rédaction du jeune Modesto Plaz est *trop concise;* il regrette que M. Michelena n'ait pas publié les détails qu'on attendait de lui; mais il atteste que l'opérateur n'a rien avancé que la vérité; que la glande a été complétement enlevée sans lésion de la carotide externe; que la jugulaire interne a été liée latéralement, et enfin *que la paralysie consécutive du côté opéré dénote que les rameaux du nerf facial ont été intéressés.*

L'*Eco cientifico* répliqua très vivement dans son numéro de juillet. M. le professeur Jelambi, mû par le désir louable d'apaiser ces tristes débats, avait donné des éloges à tout le monde, à M. Modesto Plaz, à l'*Eco cientifico*, et enfin à l'Académie des sciences physiques et naturelles, pour avoir ouvert une discussion, *après laquelle*, disait-il, *rien ne peut s'ajouter pour démontrer la possibilité et l'authenticité du fait.* L'*Eco* répond que l'Académie a trouvé ce langage si étrange, qu'elle a donné un avis portant que tout ce que M. Jelambi a dit par rapport à elle *est faux*.

Mais les rédacteurs de l'*Eco* ont voulu vérifier les allégations produites; ils ont réuni onze médecins pour examiner l'opéré, et tous ont reconnu *que l'hémiplégie de la face du côté*

opéré, résultat de la section du facial, n'existe pas; qu'il y a seulement un peu d'insensibilité de la peau de la partie inférieure de l'oreille, et une très légère perte (FALLA) *de l'action musculaire de l'angle de la bouche, reconnaissable uniquement par une légère diminution de l'impulsion de la salive dans l'expuition; deux résultats provenant de la section des filets purement cutanés de la cinquième et de la septième paire, lésions qui surviennent dans l'extirpation des tumeurs superficielles et même dans les simples ouvertures d'abcès, et qui peuvent disparaître à la longue; que l'incision cutanée est située très bas, et la cicatrice parfaitement mobile; et qu'enfin M. Rafael Noguera a le libre mouvement de tous les muscles auxquels se distribue la septième paire.* »

Ce n'est pas tout. Le malade interrogé donna des détails sur l'histoire de sa tumeur qu'il importe de reproduire. « *En* 1846, *après s'être pincé une tache à la peau, il survint une petite tumeur sur l'angle droit de la mâchoire inférieure, ronde, sous-cutanée, mobile, qui ne lui causait ni gêne ni douleur. Cette tumeur s'accrut très lentement, et s'étendit jusqu'à la partie inférieure de l'oreille, en conservant toujours son caractère mobile. En* 1855, *il la fit examiner par le docteur Alejo Betancourt; elle avait alors le volume d'une noix, et le docteur lui conseilla de la faire enlever avant qu'elle adhérât aux parties voisines; car on pouvait la mouvoir d'un côté à l'autre, ce qui indiquait clairement que sa base était libre. Depuis, il consulta le docteur Francisco Soto, qui lui donna le même conseil, ajoutant pour l'encourager que la tumeur était* EN L'AIR. *Enfin, le docteur Carron du Villards, après l'avoir examinée à son tour, confirma dans toutes ses parties le jugement qu'en avaient porté les consultants antérieurs, l'assurant en outre que huit jours après l'opération il serait guéri et en état de reprendre ses occupations, tant la tumeur et l'opération lui paraissaient de peu de conséquence. Jamais le malade n'a senti de douleurs ni d'élancements dans la tumeur, ni aucune incommodité que la difformité de la partie.* »

Le malade a attesté tous ces faits par sa signature. Comme il avait été vu par trois professeurs, dont l'un est mort, l'autre

a quitté le Vénézuéla, les rédacteurs de l'*Écho* écrivirent au troisième, M. Francisco Soto, lequel répondit qu'en effet, lorsqu'il avait vu le malade, la tumeur était très mobile, tout à fait sous-cutanée, et qu'elle lui avait paru n'être autre chose qu'un ganglion engorgé.

Enfin, la dernière pièce qui nous a été adressée est une brochure du professeur Michelena lui-même, intitulée : *Question parotidienne*. Nous l'avons lue avec soin, pensant y trouver quelques documents nouveaux ; mais notre attente a été trompée. M. Michelena paraît maintenir la rédaction de M. Modesto Plaz, qu'il appelle *un jeune homme d'avenir, et par conséquent capable de juger ;* il rappelle d'autres opérations non moins importantes qu'il a faites avec succès ; apporte des attestations de ses confrères attestant à la fois et son habileté chirurgicale et son honorabilité scientifique ; et enfin, prenant à partie le rédacteur en chef de l'*Echo*, il réduit tout le débat à ces deux termes, ou que lui, Michelena, serait un imposteur, ou que son adversaire est un calomniateur.

Si la question devait rester ainsi posée, elle serait absolument étrangère à la science, et, sans nul doute, on n'aurait même pas songé à la porter devant l'Académie. Il faut bien que M. Michelena lui-même en ait jugé autrement ; car, en se réunissant à ses sept collègues pour provoquer une décision de votre part, il a laissé de côté, à bon droit, toute question personnelle ; et tous ensemble se bornent à demander que l'Académie décide :

Si, *dans l'état actuel des connaissances humaines*, on peut établir :

1° Que l'extirpation complète de la parotide est impossible sans diviser la carotide externe et le nerf facial ;

2° Qu'il est aussi impossible d'appliquer une ligature latérale à la veine jugulaire interne, et qu'il n'y a de cette opération aucun exemple consigné dans les annales de la science ;

3° Enfin, au cas où de telles assertions ne seraient pas fondées, s'il est possible qu'un chirurgien expérimenté ait

fait cette extirpation et la ligature de la veine jugulaire interne.

Nous avons traduit, aussi fidèlement que possible, les termes mêmes dans lesquels les auteurs de la lettre ont posé les questions soumises à l'Académie; nous les discuterons l'une après l'autre.

1° *Si l'extirpation complète de la parotide est impossible sans diviser la carotide externe et le nerf facial?* — C'est la première question que l'Académie des sciences physiques et naturelles de Caracas avait mise à son ordre du jour; on ajoute qu'elle s'est prononcée pour l'impossibilité d'une pareille opération; mais nous avons vainement cherché la preuve de cette assertion dans les documents qui nous ont été adressés, et nous nous l'expliquerions d'autant moins que M. le docteur Blanco avait lu, dans la discussion même, un Mémoire fort bien fait et de nature à faire hésiter pour le moins l'Académie.

Il est très vrai que l'artère carotide externe s'engage généralement dans l'épaisseur de la parotide; c'est ainsi, pour mon compte, que je l'ai toujours trouvée sur le cadavre, et M. Sappey, sur huit sujets, n'a pas rencontré une seule exception. Aussi tous les chirurgiens, au commencement de ce siècle, regardaient la lésion de cette artère comme inévitable dans l'ablation complète de la glande. Tel était l'avis de Boyer; et Allan Burns avait même été jusqu'à déclarer l'opération impraticable. En vain, dès 1826, Nægele rapportait qu'il avait pu enlever trois fois la parotide dégénérée sans léser l'artère, deux fois sur le cadavre (sur le cadavre, entendez-vous?) et une fois sur le vivant; ces faits choquaient par trop l'opinion reçue, et comme on ne savait pas les expliquer, on jugea plus simple de les nier. Je crois être le premier en France qui ait enlevé la parotide sans toucher à la carotide, et comme, avant d'agir sur le malade, j'avais pris soin d'étudier minutieusement les rapports de la glande, comme j'avais toujours trouvé l'artère enfermée dans son tissu, on peut juger de l'étonnement dont je fus frappé. Un peu plus tard, M. Denonvilliers a eu la même chance; puis une autre extirpation tout aussi heureuse a été pratiquée par M. Monod

en présence de MM. Denonvilliers, Nélaton et Marjolin, et enfin M. Triquet a eu l'occasion d'enlever une parotide squirrheuse sur le cadavre sans que la carotide ait été intéressée.

A quoi tiennent d'aussi étranges exceptions? Dès 1841, A. Bérard, dans une thèse de concours, après avoir décrit la disposition ordinaire, ajoutait : « Sur quelques sujets, j'ai trouvé cette artère contenue dans une gouttière de la face profonde (de la glande); je l'ai aussi rencontrée appliquée sur la face antérieure, de sorte qu'elle se trouvait cachée par le bord postérieur de la branche de la mâchoire. » Ces dissections lui avaient été fournies par M. Denonvilliers, qui les continua plus tard; et, d'après une communication qu'il a bien voulu me faire, sur une douzaine de sujets environ, il aurait trouvé le plus souvent la carotide logée dans une gouttière creusée sur la face postérieure de la glande. M. Triquet, qui a repris ces recherches, a indiqué quatre variétés de rapports : 1° la plus fréquente, où la glande fournit une gouttière à l'artère; 2° une seconde, dans laquelle l'artère traverse la glande qui l'enveloppe de tous côtés; 3° une troisième, où l'artère passe en avant de la glande, mais cachée par le bord postérieur de la mâchoire. Après l'opération sur le cadavre dont il a été parlé tout à l'heure, la partie profonde de la tumeur ayant été énucléée, M. Triquet trouva l'artère carotide refoulée derrière le bord postérieur de l'os, exemple frappant de cette troisième variété; 4° enfin, quatre ou cinq fois sur 20, l'artère serait contenue dans une gaîne celluleuse complétement isolée de la parotide, et se trouverait alors un peu en avant et en dedans de son sommet. Peut-être, pour une vingtaine de dissections, trouvera-t-on le chiffre de ces variétés un peu élevé, et il faudra des recherches bien autrement multipliées pour en fixer, même approximativement, la proportion réelle. C'est un sujet qui se recommande à l'attention des anatomistes.

A ces faits déjà connus, nous regretterions d'omettre que M. Blanco, dans son travail, en a ajouté d'autres; il a vu M. Dubreuil, ancien élève de l'école de Lyon, pratiquer l'ex-

tirpation complète de la parotide sur le cadavre, sans que le tranchant du scalpel touchât la carotide; lui-même s'est assuré plus d'une fois à la dissection que la glande pouvait être emportée en totalité sans lésion de l'artère. M. Gual, l'un de ses élèves, est arrivé au même résultat; et afin de ne laisser aucun doute, ils injectaient préalablement la carotide primitive, et procédaient à l'extirpation de la parotide avec autant de soin que s'ils eussent agi sur le vivant.

Il est donc hors de doute que dans diverses anomalies, qui ne paraissent même pas très rares, la carotide externe, tout en suivant à peu de chose près sa direction accoutumée, s'écarte assez néanmoins du tissu parotidien pour que le bistouri, dans une main habile, puisse l'éviter sans trop de difficulté. Mais il y a plus, et l'anatomie a révélé des anomalies à la vérité moins fréquentes, où il serait plus difficile de blesser l'artère que de la respecter. Allan Burns a vu la carotide primitive, au lieu de se bifurquer au lieu ordinaire, envoyer seulement des branches latérales jusqu'à ce qu'elle eût dépassé de beaucoup l'angle de la mâchoire; et enfin, vis-à-vis la racine de l'apophyse styloïde, elle se divisait en deux branches, dont l'une formait la carotide interne, et l'autre constituait le tronc commun des artères temporale et maxillaire interne. Chez un autre sujet, il avait trouvé la carotide externe réduite à un tronc épais et court, du sommet duquel partaient toutes ses branches. Dubrueil (de Montpellier) a vu aussi la carotide externe se bifurquer après un trajet de 55 millimètres. Soit qu'elle s'arrête avant de pénétrer dans la parotide, soit qu'elle naisse seulement au delà des limites de la glande, on ne saurait, en disséquant celle-ci, atteindre une artère qui n'y existe pas.

La disposition du nerf facial semble presque aussi variable que celle de l'artère carotide externe; et nous sommes bien loin de l'époque où il suffisait que la face eût conservé ses mouvements pour que l'extirpation de la parotide fût déclarée incomplète. Dans ses trois opérations déjà citées, dont deux sur le cadavre, Nægele avait évité le nerf aussi bien que l'artère. M. Triquet, en pratiquant l'extirpation de la parotide,

également sur un cadavre, eut aussi la chance heureuse de respecter le nerf, qu'on trouva rejeté aux limites extrêmes de la région et couché sur les muscles styloïdiens; sa branche temporo-faciale sortait immédiatement sous le lobule de l'oreille, au niveau du col du condyle; sa branche cervico-faciale était derrière l'angle de la mâchoire. Enfin, au rapport de M. Blanco, M. Dubreuil (de Lyon), M. Gual, M. Blanco lui-même, en disséquant et enlevant la parotide sur le cadavre, ont réussi à éviter le tronc du nerf facial en même temps que l'artère carotide externe.

L'anatomie approfondie rend pareillement compte de ces faits. Le plus souvent le nerf facial, en sortant de l'aqueduc de Fallope, s'enfonce dans l'épaisseur de la parotide, qu'il traverse plus ou moins obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et alors sa section est à peu près inévitable. Mais quelquefois il s'écarte de son trajet habituel, et M. Triquet a rencontré trois variétés de rapports : tantôt, au lieu de s'enfoncer dans la glande, le nerf gagne immédiatement son bord antérieur; il est encore à demi-couvert par quelques granulations, mais déjà il peut en être séparé sans effort et sans déchirure; d'autres fois, il est simplement accolé à la face profonde de la parotide : il pourrait donc échapper au bistouri aussi bien que l'artère; enfin, dans un cas unique, M. Triquet a trouvé un très petit ganglion entre le tronc du nerf et la glande : si ce ganglion se fût engorgé, il aurait rejeté le nerf en dedans, la glande en dehors, et celle-ci eût encore pu être extirpée sans lésion de l'autre.

En conséquence, sur la première question, nous nous rallions pleinement à la conclusion de M. Blanco, savoir que, dans certains cas exceptionnels, en vertu d'anomalies constatées par les dissections, on peut enlever complétement la glande parotide sans léser la carotide externe et le tronc du nerf facial.

2° *S'il est impossible d'appliquer une ligature latérale à la veine jugulaire interne, et s'il n'y a aucun exemple de cette opération dans les annales de la science.* — La question ainsi posée ne saurait être l'objet d'un doute. Déjà M. Blanco a rap-

pelé le fait de Guthrie, qui dit avoir appliqué une ligature de ce genre avec succès, et nous aurons à en citer d'autres.

Comment donc l'*Académie des sciences physiques et naturelles de Caracas* aurait-elle pu nier, comme on l'énonce, la possibilité de cette ligature ? Il y a ici une méprise qu'il importe de rectifier. L'Académie de Caracas n'a pas révoqué en doute la ligature latérale de la jugulaire en général, mais seulement, ainsi qu'il résulte des termes de la question reproduite par M. Blanco lui-même, *de la jugulaire interne dans la partie de son trajet comprise entre la base du crâne et le niveau de l'angle de la mâchoire inférieure.* Or, dans ces termes, si l'Académie de Caracas a dit qu'elle n'en connaissait pas d'exemple dans les annales de la science, nous sommes bien obligés de confesser que nous n'en connaissons pas davantage.

En aurait-elle cependant nié la possibilité d'une manière absolue? Nous n'aurions pas voulu la suivre sur ce terrain; l'opération présenterait bien plus ou moins de difficultés, mais de là à l'impossibilité il y a un abîme. Heureusement elle n'a pas été à beaucoup près si loin, et, d'après M. Blanco, la question qu'elle s'était posée est celle-ci : « *Cette ligature est-elle praticable sur l'homme vivant avec facilité et sécurité?* »

Or, que cette ligature doive être plus ou moins difficile, personne ne le nie, et nos confrères de l'Université de Caracas prennent soin de réclamer eux-mêmes pour cette opération *un chirurgien expérimenté*. Voilà pour la *facilité*. La *sécurité* est une question bien autrement ardue et périlleuse; les faits sont rares, les expériences sur les animaux plus rares encore; jamais ce sujet n'a été l'objet d'un débat contradictoire, et cependant un mot suffira pour en signaler toute l'importance : pour les opérés, c'est une question de vie ou de mort. L'Académie nous permettra donc d'exposer avec quelques détails l'état de la science; peut-être y trouvera-t-elle déjà de puissants éléments pour une solution au moins provisoire, et la discussion, que nous appelons de tous nos vœux, aura pour effet, nous l'espérons, de préparer la solution définitive.

La ligature latérale, dans le cas d'une plaie peu étendue

des grosses veines, consiste à saisir avec des pinces ou un ténaculum les deux lèvres de la solution de continuité, et à les étreindre à la base avec un fil étroitement serré, sans oblitérer le canal de la veine. D'après la théorie beaucoup trop généralisée de J. Hunter sur l'inflammation adhésive, on espérait que la tunique interne du vaisseau adhérerait à elle-même au point où la ligature la mettrait dans un étroit contact, et que le reste du calibre vasculaire suffirait pour entretenir la circulation directe. Le premier essai en fut fait par Travers, en 1816. En liant l'artère fémorale pour un anévrysme poplité, il avait fait une petite plaie à la veine satellite; immédiatement il appliqua une ligature *autour de l'ouverture, en pinçant les parois du vaisseau*. Tout alla bien d'abord : le 11e jour, on retira un fil que l'on supposa être la ligature de la veine. Le 12e, petite hémorrhagie. Du 15e au 18e, les ligatures de l'artère tombent. Le 27e, hémorrhagie qui fournit environ 12 onces de sang. Le 28e, retour de l'hémorrhagie; il y en eut même une plus légère vers le soir. Le 31e jour, encore une petite hémorrhagie : mort le 33e. — Tout le membre était œdématié, spécialement la jambe et le pied. La dissection montra l'artère parfaitement oblitérée; mais en soufflant dans la veine fémorale par le bout supérieur, l'air sortait par une ouverture de ses parois, laquelle communiquait avec la plaie extérieure. Au-dessus, la veine ne contenait rien qui ressemblât à du sang frais; mais sa tunique interne était tapissée d'une matière adhésive, qui occupait également la veine iliaque jusqu'à la bifurcation de la veine cave. Toutes les tuniques de la veine étaient fortement épaissies, et son calibre allait en se rétrécissant en bas du côté de la plaie, jusqu'à ce qu'enfin, à trois quarts de pouce au-dessous de celle-ci, l'oblitération fût complète. Puis, au-dessous de l'oblitération, la veine reprenait son aspect naturel et contenait un caillot de sang.

Plus tard, Travers institua, comme on sait, des expériences sur la ligature circulaire des veines, qui lui démontrèrent l'absence absolue d'adhérence entre les parois internes; il est regrettable qu'il n'en ait pas tenté sur la ligature latérale. Il

ne cite son observation que comme une preuve nouvelle que les veines liées n'adhèrent point, mais tendent plutôt à s'ulcérer après l'application de la ligature.

Malgré l'insuccès et les remarques de Travers, ou plus probablement sans les connaître, Guthrie appliqua de nouveau la ligature latérale chez un individu qui, voulant se couper la gorge, s'était effleuré la carotide et blessé la jugulaire interne. Il souleva les bords de la petite plaie avec un ténaculum, les serra à l'aide d'un fil simple de manière à ne pas détruire la continuité du vaisseau, et coupa les deux chefs du fil près du nœud. Une hémorrhagie artérielle emporta le blessé le neuvième jour. A la dissection, la jugulaire fut trouvée *libre* (*pervious*), *sans aucune marque qui indiquât où la ligature avait été appliquée.* Je traduis littéralement les expressions de l'auteur, qui passe outre, sans remarque, sans explication, et comme si un pareil phénomène était la chose du monde la plus naturelle. Si cependant la ligature a été véritablement appliquée sur la veine, le moins qu'elle ait pu faire a été de séparer la portion de veine liée ; et le vaisseau devait offrir en ce point un rétrécissement qui ne pouvait s'être effacé en huit jours. Encore faut-il admettre que les parois du vaisseau retenues en contact par la ligature auraient adhéré immédiatement, ce qui est en opposition radicale avec tout ce que l'expérimentation nous a appris jusqu'à ce jour. Il est bien difficile de nier un fait rapporté par un observateur tel que Guthrie ; mais, dans le cas actuel, j'avoue qu'il m'est encore plus difficile de l'admettre, à moins que la ligature n'ait glissé et que la plaie de la veine ne se soit fermée spontanément, comme la piqûre d'une saignée.

Ce n'est pas là cependant le seul exemple de succès. Blandin a appliqué la ligature latérale sur la veine axillaire qu'il avait blessée en extirpant un ganglion cancéreux ; A. Bérard a réussi, comme Blandin, dans les mêmes circonstances. M. Velpeau, l'un de vos commissaires, avait vu avant eux feu M. Roux agir de même dans une opération toute semblable; enfin M. Richet dit aussi avoir été témoin d'une ligature latérale appliquée sur la veine fémorale ; et *huit jours après, la plaie*

était cicatrisée sans qu'il fût survenu le plus léger accident. Cela semble apporter quelque probabilité au fait merveilleux de Guthrie; mais on peut remarquer que les veines ainsi liées avec succès sont d'un bien faible calibre à côté de la jugulaire interne. Un autre fait rapporté par M. Ollier dans sa thèse de concours irait plus droit au but; M. Ollier a ouï raconter par un chirurgien militaire que M. Bégin avait appliqué avec un plein succès la ligature latérale à la jugulaire interne même. Par bonheur, M. Bégin était l'un de vos commissaire; ils nous a déclaré que le fait est absolument controuvé; une fois, ayant blessé la jugulaire interne dans une opération, il a arrêté l'hémorrhagie par la compression, et voilà tout. Mais un autre de vos commissaires, M. Nélaton, nous a rapporté une série de faits bien plus imposante, et par le nombre et par la constante uniformité des résultats. Il a vu trois fois feu M. Roux appliquer la ligature latérale à la veine jugulaire interne; la ligature tomba vers le sixième jour, et les trois opérés furent emportés par une hémorrhagie foudroyante. Dans un quatrième cas, M. Roux se contenta de tamponner la plaie, et sauva ainsi son malade. Ajoutons que M. Velpeau, ayant éprouvé plusieurs fois le même accident, a eu recours au même moyen avec un égal succès, triple enseignement qui ne devra pas être perdu pour les opérateurs à venir.

Comment cependant la ligature latérale a-t-elle donné des résultats aussi contradictoires en apparence? Peut-être s'expliquent-ils, comme je l'ai fait entendre, par la différence de calibre des veines. Déjà, dans mon *Anatomie chirurgicale*, j'avais émis cette hypothèse, que dans les veines secondaires la ligature latérale détermine la formation de caillots dans toute la largeur du vaisseau; et dès lors elle peut tomber sans entraîner d'hémorrhagie, mais aussi la veine demeure complétement oblitérée comme après la ligature circulaire. Dans les très grosses veines, au contraire, surtout si, comme dans la jugulaire interne, le vaisseau est battu par deux courants en sens contraire, les caillots ne suffisent pas à oblitérer le vaisseau, et la chute de ligature exposera à une hé-

morrhagie foudroyante. L'observation de Travers montre même qu'une veine de moyen calibre, telle que la fémorale, peut être à la fois oblitérée dans son bout inférieur, de manière à perdre ses fonctions, et rester ouverte dans son bout supérieur, de manière à donner lieu à des hémorrhagies moins redoutables sans doute qu'à la jugulaire, mais capables encore d'amener la mort à force de récidives.

Toutefois, si plausible que cette explication pût paraître, il restait à la contrôler par l'expérience, et les faits heureux de Blandin, d'A. Bérard, de M. Richet, rapportés sans aucun détail, terminés par la guérison, ne permettaient pas même de soupçonner comment la guérison avait été obtenue, par oblitération simple de la plaie ou par obstruction complète du vaisseau. L'expérimentation sur les animaux offrait une utile ressource; mais jusqu'ici, par je ne sais quel hasard ou quel oubli, personne n'avait étudié les effets de la ligature latérale. Je me suis donc adressé à M. H. Rigal (de Gaillac), jeune chirurgien qui promet de continuer dignement une illustration héréditaire, et qui poursuit en province des expériences sur les lésions des veines déjà commencées à Paris. Il m'a répondu en m'envoyant le récit de deux expériences tentées sur un cheval. Je les reproduirai intégralement.

« Le 1er décembre, je pratique deux ligatures latérales, l'une sur la jugulaire gauche, l'autre sur la veine radiale du même cheval.

» La jugulaire avait été préalablement disséquée dans l'étendue de deux pouces, puis ouverte au moyen de la flamme. Cela fait, je traversai les deux lèvres de la plaie veineuse avec une épingle assez forte; je passai un fil au-dessous et je liai circulairement, de façon à arrêter tout écoulement de sang.

» Pour la radiale, je procédai d'une manière différente; après l'avoir disséquée comme la jugulaire, je me contentai de la traverser avec une épingle dans son milieu et perpendiculairement à son axe; au-dessous de l'épingle je plaçai un fil et je liai comme précédemment.

» Les deux ligatures tombèrent le même jour, le 18 dé-

cembre ; leur chute ne donna lieu à aucune hémorrhagie.

» *Ligature de la jugulaire.* — Dès le lendemain de l'opération, on sent au-dessus de la ligature un cordon gros et dur ; il suit le trajet de la jugulaire et s'étend presque jusqu'à la parotide, à laquelle il n'arrive pas cependant ; on peut également sentir ce cordon au-dessous du point où la veine a été liée. Il persiste les jours suivants ; mais, quoique la jugulaire du côté opposé eût été oblitérée antérieurement (dans une expérience sur la ligature circulaire), il n'y eut aucun œdème, aucun gonflement de la face.

» Le 22 décembre, à l'autopsie, on remarque que le tissu cellulaire dont la veine est entourée est considérablement épaissi ; il est très adhérent à la paroi externe du vaisseau, surtout dans le lieu où la ligature a été pratiquée ; il est dur, blanchâtre, lardacé, et crie sous le scalpel ; il mesure quatre centimètres d'étendue environ. Les parois du vaisseau sont elles-mêmes épaissies, surtout la tunique externe, qui s'unit à la moyenne d'une façon assez intime pour n'en pouvoir être séparée.

» L'état des parties ambiantes bien constaté, j'ouvre la jugulaire parallèlement à son axe, et je rencontre dans l'intérieur de sa cavité un caillot décoloré, blanc, fibrineux. Sa longueur est de 14 centimètres ; il s'étend également au-dessus et au-dessous du point où la veine a été ouverte et liée. Il est replié sur lui-même, de sorte qu'il est plus long que la portion de la veine qui le contient ; son diamètre n'est pas le même dans toute son étendue. Il ne remplit pas exactement le calibre du vaisseau ; entre sa surface et la paroi interne de la veine, on rencontre une assez grande quantité de sang encore noir, coagulé cependant, mais que l'on peut aisément chasser par le lavage. Toutefois, le caillot central n'est pas libre ; il adhère par ses deux extrémités et aussi par sa surface à la membrane interne de la jugulaire, par des sortes de *tractus* fibrineux, qui, rares à ses extrémités, se multiplient à mesure qu'on se rapproche du lieu de la ligature, et constituent là une espèce de réseau dont les mailles contiennent du sang coagulé. On peut, avec assez d'exactitude, comparer ces

tractus aux petits tendons qui unissent les valvules aux ventricules du cœur. La cicatrisation de la veine est parfaite ; sa membrane interne a conservé sa blancheur nacrée et son poli, sans aucune trace de vascularisation.

« Quant à la radiale, elle est complétement oblitérée dans l'étendue de dix centimètres environ ; le caillot qui l'obstrue présente à sa surface une coloration légèrement rosée, qui disparaît à mesure qu'on l'examine plus près du centre, où il est complétement blanc. Il adhère par toute sa surface à la membrane interne du vaisseau, dont on ne peut le séparer que par d'assez fortes tractions. »

L'expérimentation semble donc confirmer ce que l'étude des faits cliniques avait fait pressentir, savoir, que dans les veines d'ordre secondaire, la ligature latérale ne réussit à conjurer l'hémorrhagie qu'en obturant tout le calibre du vaisseau ; et si des expériences ultérieures donnaient des résultats semblables, il en résulterait que, pour les veines de second ordre, la ligature latérale devrait être remplacée par la ligature circulaire, qui offrirait à la fois plus d'efficacité et moins de péril. Nous disons moins de péril, car il est un danger commun à l'une et à l'autre, sur lequel il n'est pas besoin d'insister ; celui d'une phlébite trop intense. A peine est-il possible d'imaginer qu'une veine sera divisée en partie ou en totalité par une ligature sans un certain degré de phlébite ; et dans les vaisseaux de moyen calibre, c'est la phlébite qui détermine la formation de caillots adhérents et l'oblitération du vaisseau. Mais nous ne le savons que trop, la ligature circulaire entraîne trop souvent une phlébite qui ne s'arrête ni à l'étendue ni au degré désirables, et qui est une des causes les plus redoutables de mort. La ligature latérale expose très assurément au même danger ; M. Velpeau a vu, sur un opéré de M. Roux, la ligature latérale placée sur la veine sous-clavière, amener la mort en deux ou trois jours, avec des accidents qui semblaient attester une phlébite propagée du côté du cœur. Mais laissant ces considérations, qui s'appliquent à l'une et à l'autre ligature, et sur les veines en général, revenons à la ligature latérale de la veine jugulaire interne en particulier.

Ce que nous avons voulu établir, et ce qui nous paraît établi quant à présent, c'est qu'on ne saurait rien induire pour cette opération des succès obtenus par la ligature latérale sur les veines secondaires. Pour la jugulaire interne, en écartant le fait par trop miraculeux de Guthrie, il reste les trois faits si malheureusement positifs de M. Roux, et nous pensons qu'ils suffisent pour dissuader à tout jamais un chirurgien consciencieux de renouveler la tentative. Au moins sommes-nous en droit de déclarer, d'accord avec l'Académie de Caracas, que la ligature latérale de la jugulaire interne, eu égard à ses conséquences, ne peut pas être appliquée *avec sécurité*.

Nous avons fait abstraction jusqu'ici du fait nouveau de M. Michelena, dans lequel cette ligature aurait complétement réussi. L'Académie comprendra dès lors combien il importait de rechercher, à ce point de vue, la valeur de l'observation, qui, si elle était exacte, encouragerait peut-être d'autres opérateurs à revenir à une ligature que nous considérons comme extrêmement périlleuse. Nous avons donc regardé comme d'un strict devoir de soumettre à l'Académie les considérations suivantes.

La lésion de la veine jugulaire interne, dans l'extirpation de la parotide, serait déjà un accident aussi rare que le succès de la ligature latérale de la jugulaire interne. La parotide, étudiée à l'état sain, repose par sa face profonde : 1° sur le muscle digastrique, appuyé sur l'apophyse transverse de l'axis qui le soulève ; 2° plus en avant et plus profondément aussi, sur l'apophyse styloïde et les tendons qui s'y rattachent ; 3° plus en avant enfin, sur l'artère carotide interne. Mais il faut ajouter que la glande est séparée de toutes ces parties par de fortes aponévroses qui lui forment de ce côté une capsule fibreuse très distincte ; ainsi, d'abord du digastrique par l'aponévrose de ce muscle, laquelle va se rattacher au-dessus de lui à l'apophyse transverse de l'axis; de cette saillie osseuse à l'apophyse styloïde, est tendue une lame fibreuse des plus fortes, qui sépare la parotide de la veine jugulaire interne. C'est le point où les deux organes

sont le plus rapprochés, et il faudrait donner un coup de pointe tout exprès pour atteindre la jugulaire. Ce n'est pas là, d'ailleurs, que la blessure aurait eu lieu d'après l'observation, mais en détachant la moitié inférieure de la glande. Or, en suivant la capsule au-dessous de l'apophyse styloïde, on trouve que cette capsule, douée d'une grande solidité, s'étend en avant sous le ptérygoïdien interne, en bas va s'insérer à l'angle de la mâchoire, et sépare la glande de quoi ? de l'artère carotide interne, qui en est bien plus éloignée encore inférieurement par les muscles styloïdiens. La jugulaire interne est plus en dehors, et déjà un peu plus en arrière, séparée de la carotide interne par une lame fibreuse très forte, qui descend du bord postérieur du trou déchiré postérieur ; séparée de la parotide par toute l'épaisseur du muscle sterno-mastoïdien.

Quand donc la parotide dégénérée n'a pas contracté d'adhérences avec la portion la plus profonde de sa capsule, on arrive assez facilement à l'énucléer, et la veine jugulaire interne est hors d'atteinte. Quand la capsule même est compromise, les muscles qu'elle recouvre servent encore de barrière ; ils formaient seuls le fond de la plaie dans une opération pratiquée par Béclard. Quelquefois la tumeur refoule et la capsule et les muscles, et force le bistouri à plonger plus profondément ; Weinhold fut obligé de détruire des adhérences de la tumeur avec la carotide primitive et la carotide interne ; il ne dit mot de la jugulaire interne. Lisfranc mit pareillement à nu ces artères ; le sujet ayant succombé, les pièces furent mises sous les yeux de cette Académie ; la veine jugulaire était restée loin du couteau. Bien plus, dans un cas où la tumeur, pénétrant jusqu'à l'arrière-bouche, avait rétréci de moitié l'isthme du gosier, M. Denonvilliers réussit à la déraciner, en laissant une excavation qui pouvait loger la main tout entière ; au fond de cette plaie on voyait battre la carotide interne, et la jugulaire interne n'y apparaissait pas. D'autres opérateurs, dans des cas analogues, ont mis cependant cette veine à découvert ; ainsi, MM. Gensoul, Mac-Clelland, Braamberg ; mais la profondeur même à laquelle il

faut pénétrer, et les difficultés de la dissection servent d'avertissements aux chirurgiens, et c'est ainsi qu'ils ont mis la veine à nu et qu'ils l'ont ménagée. Certes, nous ne prétendons pas dire que dans aucun cas elle ne pourra être atteinte; chez un sujet dont M. P. Bérard, notre collègue, a fait l'autopsie, le cancer de la parotide avait pénétré jusque dans l'intérieur même de cette veine; cas unique jusqu'à présent, et pour lequel l'opération eût été impossible.

En résumé, lorsque Boyer, écho de la chirurgie de son temps, témoignait une si grande répugnance pour l'extirpation de la parotide, il redoutait surtout la lésion de l'artère carotide externe, et ne mentionnait même pas la jugulaire interne. A. Bérard, en 1841, a rassemblé dans sa thèse près de soixante observations d'ablations complètes ou incomplètes de tumeurs parotidiennes ou voisines de la parotide; pas une seule fois la veine jugulaire interne n'a été intéressée. En 1852, M. Triquet a publié quatre observations nouvelles; toujours même immunité. En ce moment, votre commission est obligée de confesser qu'elle ne connaît pas un seul exemple de lésion de la jugulaire interne dans l'extirpation de la parotide, et que le fait de M. Michelena serait le premier.

Ces considérations sont bien loin, sans doute, d'avoir une valeur absolue; il n'est pas impossible, après tout, qu'un accident inouï jusque-là soit arrivé à un chirurgien habile; et le fait admis, il y aurait un grand intérêt à savoir comment il est arrivé, pour servir d'enseignement aux opérateurs à venir. L'observation est-elle de nature à nous éclairer à cet égard? En aucune manière. Otez le mot de *jugulaire interne*, et le compte rendu de la manœuvre ne vous laissera d'autre impression que celle-ci : première blessure de la veine de communication avec la jugulaire interne; deuxième blessure de la jugulaire *externe*, accident qui n'est pas bien rare dans l'extirpation de la parotide. Si donc M. Michelena avait à se défendre d'avoir lésé la jugulaire interne, nous serions très heureux de lui venir en aide, et de déclarer que rien à nos yeux ne démontre la réalité d'une pareille lésion.

Mais, par malheur, la position est tout autre : c'est M. Michelena qui confesse un accident qui pourrait lui être reproché comme une faute. A cet égard, messieurs, nous dirons que peut-être notre confrère n'est pas un témoin suffisamment impartial. Quelques chirurgiens s'attachent à cacher leurs revers; nous en avons vu d'autres qui, par une sorte d'excès de loyauté, les racontaient, les affichaient en quelque façon, comme s'ils avaient dû en retirer quelque gloire. M. Michelena a blessé un vaisseau veineux important; au lieu d'atténuer le fait devant ses élèves, ne peut-on pas penser qu'un sentiment de loyauté mal entendue le lui aura fait exagérer? Dans tous les cas, de pareils doutes planant sur le fait de la lésion de la veine jugulaire interne, le fait de la réussite de la ligature latérale demeure enveloppé de la même incertitude; et enfin, fût-il mieux avéré, un succès en face des trois revers observés par M. Nélaton n'empêcherait pas la ligature latérale d'être à bon droit considérée comme très périlleuse : nous n'avons donc rien à modifier à nos précédentes conclusions.

3° *S'il est possible qu'un chirurgien expérimenté ait enlevé la parotide sans léser la carotide externe et le nerf facial, et pratiqué la ligature latérale de la veine jugulaire interne.* — Cette troisième question n'est, sous une forme nouvelle, que la répétition absolue des deux autres; nous n'avons donc pas à y faire d'autre réponse.

Là s'arrête rigoureusement la mission que l'Académie nous a confiée. Peut-être quelques personnes seraient tentées de demander davantage; peut-être même, bien qu'ils n'en aient pas formellement exprimé le vœu, les honorables professeurs de l'université de Caracas ont-ils pensé que l'Académie impériale de Paris porterait un jugement, non plus sur l'opération considérée d'une manière générale, mais sur l'opération pratiquée par M. Michelena. Mais ils ont senti eux-mêmes quelle tâche ingrate et périlleuse ce serait pour une Compagnie savante d'exprimer un avis sur une opération à laquelle n'a assisté aucun de ses membres, qui ne nous est connue que par une relation incomplète, et sur les détails de laquelle

tant de dires et de contredits se sont fait jour dans le pays même. Nous avons fidèlement exposé les pièces du procès; tout chirurgien se trouvera ainsi en mesure de juger, sans que l'Académie se prononce. A l'occasion même de l'observation publiée par M. Modesto Plaz, nos honorables correspondants expriment l'espoir que l'Académie ne la considérera *que comme le premier essai d'un jeune étudiant;* nous n'avons rien à ajouter à ce jugement.

En résumé, voici les conclusions que nous avons l'honneur de proposer à la sanction de l'Académie, en réponse aux questions adressées par l'université de Caracas :

Des dissections et des opérations sur le cadavre, des opérations pratiquées sur le vivant, ne laissent aucun doute sur la possibilité d'enlever la parotide, dans des cas exceptionnels, sans léser l'artère carotide externe et le tronc du nerf facial.

Nous ne connaissons aucun exemple de lésion de la jugulaire interne dans cette opération. Si cette veine était entamée, la ligature latérale pourrait être appliquée par un chirurgien habile, non toutefois sans difficulté ; mais d'après le petit nombre de faits connus jusqu'à présent, cette ligature exposerait aux dangers les plus terribles, et n'offrirait conséquemment aucune sécurité.

— M. Robert : Je n'ai rien à dire sur la question de médecine opératoire, si habilement et si complétement traitée par M. Malgaigne. Je désire seulement lui soumettre quelques réflexions sur la nature même du fait qui lui a fourni l'occasion de faire son excellent rapport. Il s'agit, dit-on, d'un cancer de la glande parotide qu'un chirurgien de Caracas aurait enlevé sans léser ni le nerf facial, ni l'artère carotide externe. La seule question que je veuille poser est celle-ci : Notre confrère a-t-il réellement enlevé un cancer de la parotide?

Reportons-nous aux détails de l'observation, et nous y verrons que rien n'y établit la nature cancéreuse de la tumeur; que tout, au contraire, y conduit au doute, ou même à la négation. Or, dans un cas pareil, je le demande à notre savant

rapporteur, est-il nécessaire de recourir à l'hypothèse d'anomalies existant dans les éléments de la région parotidienne pour expliquer comment l'opérateur a pu éviter la lésion du nerf facial et de l'artère carotide externe? Je ne le pense pas; et si l'Académie me le permet, je vais lui faire connaître quelques faits qui la conduiront naturellement à la solution du problème.

Depuis Richter, on a généralement admis que les cancers de la glande parotide sont moins graves, et qu'après l'opération ils répullulent moins souvent que ceux des autres organes. La thèse remarquable d'Aug. Bérard sur les tumeurs parotidiennes, que l'on doit regarder comme fixant l'état de la science à l'époque où elle fut écrite, c'est-à-dire en 1841, consacre formellement cette doctrine.

Enfin en 1851, M. Gensoul, adressant à la Société de chirurgie deux observations de tumeurs parotidiennes enlevées avec succès, disait à la fin de son travail que, par un privilége spécial, les cancers de la glande parotide ont une moindre tendance que beaucoup d'autres à la récidive et à la généralisation.

Cette proposition m'avait de tout temps paru en contradiction avec ce que l'on sait sur l'anatomie pathologique et l'évolution du cancer dans les glandes, et je ne voyais pas pourquoi les glandes parotides pouvaient jouir d'une immunité que ne possèdent ni les glandes mammaires, ni les testicules.

Je me proposai donc d'étudier sérieusement cette question dès que l'occasion s'en offrirait à moi. En 1850, j'eus à traiter à l'hôpital Beaujon une femme âgée de trente-cinq ans, portant une tumeur parotidienne du volume d'un œuf, dure, bosselée, circonscrite, offrant tous les caractères cliniques des cancers, sans en excepter les douleurs lancinantes. Je l'enlevai, et M. Robin, qui l'examina au microscope, me déclara que c'était une tumeur par hypertrophie glandulaire, et non un cancer. Quelque mois plus tard, une autre tumeur en tout semblable à celle-ci fut examinée par M. Lebert, à qui je n'avais pas voulu dire d'où elle provenait. M. Lebert

déclara que c'était une tumeur hypertrophique, et qu'elle appartenait à l'une des glandes salivaires. Vous voyez avec quelle précision le microscope avait reconnu la nature et le siége de la maladie. Il va sans dire que ces deux malades sont guéries sans récidives. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de ces tumeurs parotidiennes, et, pour moi, c'est une vérité désormais incontestable, à savoir, que les glandes parotides, comme les glandes mammaires, peuvent être le siége de ces tumeurs bénignes que M. Cruveilhier appelle tumeurs fibreuses, que M. Velpeau qualifie de tumeurs adénoïdes, et que M. Lebert a décrites sous le nom de tumeurs par hypertrophie glandulaire. Ces tumeurs, à raison de leurs caractères cliniques, se confondent facilement avec des squirrhes ou des cancers. Elles peuvent prendre leur origine dans tous les points de la glande parotide. Cependant je les ai observées le plus souvent dans les lobes qui constituent la base ou la partie superficielle de cette glande.

Gênées dans leur accroissement, emprisonnées pour ainsi dire dans l'espace étroit que limitent en arrière l'apophyse mastoïde et le muscle sterno-mastoïdien, en avant la branche de la mâchoire, en dedans l'apophyse styloïde et ses muscles, en dehors une lame fibreuse assez épaisse, elles réagissent bientôt contre la glande elle-même, la refoulant en dedans et l'atrophient plus ou moins. Si l'on procède par l'ablation de ces tumeurs, ce qui est en général moins difficile qu'on ne pourrait le croire, parce qu'elles sont circonscrites et peuvent être plus ou moins énucléées, l'opération s'accomplira quelquefois sans qu'il soit nécessaire de toucher, soit au nerf facial, soit à l'artère carotide externe, qui auront été simplement refoulées en dedans ou sur les côtés. Si la tumeur, ayant acquis un volume considérable, remplit l'excavation parotidienne, la glande, comprimée, sera tellement amincie et atrophiée, qu'il en reste à peine des traces, et qu'on puisse croire avoir enlevé la glande tout entière, tandis qu'en réalité on n'aura sacrifié qu'un de ses lobes. Certes, je reconnais avec M. Malgaigne que des anomalies de position

du nerf facial ou de l'artère carotide externe peuvent permettre à la rigueur d'enlever la glande parotide tout entière sans blesser ni le nerf, ni l'artère; mais s'il est déjà rare de rencontrer isolément ces anomalies, soit du nerf, soit de l'artère, il doit être bien rare encore, et inouï peut-être, de les trouver réunies sur le même sujet et sur un sujet qui, par un hasard singulier, aurait à subir l'extirpation de la glande parotide. J'avoue croire difficilement à de pareils miracles, et il me semble bien plus naturel d'admettre que des lobules hypertrophiés de la glande ont refoulé le nerf et l'artère, et ont envahi l'excavation parotidienne en aplatissant et en atrophiant la glande parotide. Cette explication, désormais plus en harmonie avec les faits récemment acquis à la science, permettra d'interpréter facilement des observations classées jusqu'à ce jour au nombre des faits extraordinaires et presque merveilleux.

— M. Malgaigne réplique que l'Académie n'avait pas à se prononcer sur la nature de la tumeur enlevée par M. Michelena. Il a déjà dit et il répète les raisons qui auraient rendu ce jugement impossible. Il pense que la commission a fait tout son devoir en répondant simplement aux questions posées par l'université de Caracas.

Quant à la destruction complète de la glande parotide par des tumeurs développées dans cette région, et sur laquelle M. Robert vient d'insister, M. Malgaigne déclare qu'il n'en connaît pas un seul exemple dans la science. Dans les opérations pratiquées par Aug. Bérard, MM. Denonvilliers, Monod, etc., dans les dissections de ces tumeurs faites sur le cadavre, on a toujours trouvé la glande salivaire atrophiée plus ou moins, mais jamais entièrement détruite.

— M. Leblanc dit qu'il a souvent extirpé la glande parotide sur des chevaux et des bœufs, et il ajoute qu'il est possible et même assez facile de pratiquer cette opération sur ces animaux sans intéresser ni l'artère parotide, ni le nerf facial.

— M. Robert insiste encore pour qu'on ajoute aux conclu-

sions du rapport une phrase exprimant le doute de l'Académie relativement à la nature de la tumeur opérée par M. Michelena.

— M. Larrey affirme, comme M. Malgaigne, et contrairement à l'opinion de M. Robert, que dans les opérations ou dans les dissections qu'il a faites ou vu faire sur les tumeurs parotidiennes, il a souvent vu la glande atrophiée, jamais anéantie.

L'orateur appuie d'ailleurs la motion de M. Robert.

— M. Gibert prononce aussi quelques paroles dans ce sens.

— M. Depaul demande quelques explications sur la nature, non point de la tumeur, mais du rapport. On l'a qualifié de rapport *officiel*. Il était membre du bureau à l'époque où le mémoire de l'université de Caracas est arrivé à l'Académie; il doute que ces pièces aient bien le caractère qu'on vient de leur prêter.

— M. Malgaigne démontre que l'épithète d'*officiel* qu'il a donnée à son rapport est bien justifiée.

— La proposition de M. Robert, appuyée par quelques membres de l'Académie, est rejetée par la majorité.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Zoologie médicale. — Exposé méthodique du règne animal basé sur l'anatomie, l'embryogénie et la paléontologie, par MM. Paul Gervais et P. J. Van Beneden. Deux volumes in-8.

Beitræge zur Heilkunde, par M. le docteur Engelhardt.

Trattato pratico sulle malattie d'intossicazione palustre, par M. le docteur Giuseppe Antonio Galvagni. Deux volumes.

Traité de pathologie vétérinaire, par M. le professeur M.-L. Lafosse (de Toulouse). Tome I.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 4e série, n° 1.

Annales médico-psychologiques. Octobre.

Recueil de médecine vétérinaire. Septembre.

Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, année 1857-1858.

Abhandlungen, 1857.

Monatsbericht. Janvier à juin 1858.

Répertoire de pharmacie. Octobre.

Le Progrès, n. 43.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques.

L'Abeille médicale, n. 43.

Gazette médicale de Paris, n. 43.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 43.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 10.

La France médicale et pharmaceutique, n. 43.

Revue étrangère médico-chirurgicale, n. 49.

Gazette des hôpitaux, n. 124 à 126.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 125 à 127.

L'Union médicale, n. 125 à 127.

Tables de mortalité de la ville de Londres, n. 38 à 41.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 16.

Tables des Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, 1er semestre de 1858.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meurthe et dans l'arrondissement d'Oloron, pendant l'année 1857. (*Commission des épidémies.*)

II. Une lettre de rappel de rapport sur le médicament présenté par le sieur Gériche. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet deux Mémoires manuscrits, l'un *Sur le gui de chêne*, et l'autre *Sur le Rhus toxicodendron*, soumis à l'appréciation de la Compagnie par M. le docteur Millon (de Revel). (*Commissaires :* MM. Chatin et Guibourt.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. *De la régénération des os.* — Mémoire présenté par M. le docteur Brun-Séchaud. (*Commissaires :* MM. Nélaton et Bouvier.)

II. M. le docteur Rilliet (de Genève) adresse à l'Académie un Mémoire sur l'intoxication sodique. (*Commissaires :* MM. Chatin et Trousseau.)

III. M. le docteur Letellier soumet à l'Académie une note intitulée : *Deux nouveaux succès contre les accidents cérébraux, nerveux, par l'emploi du camphre et du laudanum en lavement.* (*Commission des épidémies.*)

IV. M. Delfraysse informe l'Académie des bons effets qu'il aurait obtenus par le tubage laryngien, dans un cas d'asphyxie de nouveau-né.

V. M. le docteur Ch. Martins, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse à l'Académie la liste de ses titres à la place de correspondant, pour laquelle il se porte candidat. (*Renvoi à la Commission.*)

VI. M. Georges, dentiste, adresse une note à l'Académie sur l'extraction des dents pendant l'anesthésie électrique.

VII. M. Mathieu présente à l'Académie un nouveau porte-caustique laryngien, qu'il a construit d'après les indications de M. le professeur Trousseau.

VIII. M. A. Netter, adresse à l'Académie deux brochures intitulées : l'une, *Du traitement de l'héméralopie par l'obscurité;* l'autre, *Considérations sur l'héméralopie.* (*Commissaires:* MM. Velpeau et Larrey.)

—

LECTURES.

M. le docteur Rulié, médecin stagiaire à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, donne lecture d'un travail intitulé : *Observation d'un cas d'empoisonnement par l'eau sédative de Raspail.* (*Commissaires:* MM. Adelon, Michel Lévy et Bouchardat.)

—

Sur quelques améliorations introduites dans le traitement des maladies des voies urinaires, par le docteur Civiale.

Dans une note assez étendue sur l'état actuel de la chirurgie, relativement au traitement des maladies des organes génito-urinaires, j'ai présenté, en 1851, à l'Académie, avec mon Traité pratique sur ces affections, un tableau des principales améliorations que les travaux modernes ont introduites dans cette branche importante de la thérapeutique.

En déposant aujourd'hui sur le bureau de l'Académie la *troisième édition* de cet ouvrage (1), je m'étais proposé d'exposer le complément que ces améliorations ont reçu et les nouveaux progrès qui se sont réalisés dans la même direction, pendant les dernières années; mais je me suis aperçu bientôt que, même en les abrégeant, les développements m'entraîneraient trop loin, et je me bornerai aux points les plus saillants.

I. C'est particulièrement sur le diagnostic et le traitement des coarctations uréthrales qu'ont porté les dernières recherches, dont le résultat le plus heureux a été non-seulement d'augmenter les ressources de la chirurgie, mais d'inspirer cette sagacité persévérante qui saisit les lois des phénomènes physiologiques et pathologiques, et qui analyse, compare, apprécie les méthodes thérapeutiques. Une révision des moyens curatifs employés par nos anciens maîtres, dirigée dans cet esprit, a mis à même d'envisager sous un point de vue nouveau, et de résoudre d'une manière satisfaisante diverses questions de théorie et de pratique sur lesquelles on ne s'accordait pas, et d'appliquer plus judicieusement à chaque série de cas les procédés qui lui conviennent.

Mes travaux de prédilection m'ont conduit, par des directions différentes, à m'occuper des coarctations uréthrales. Après les avoir envisagées comme complication de l'affection calculeuse et comme obstacle à l'application de la lithotritie, j'ai dû les étudier comme maladies spéciales, dignes de la plus sérieuse attention, en m'appesantissant sur toutes les parties de leur histoire, et en m'attachant surtout à leur traitement. Ce sont les résultats de ces études et d'une expérience de trente-cinq ans que j'ai consignés dans le Traité dont je publie la troisième édition, et qui est surtout destinée aux jeunes chirurgiens.

Si la distinction des cas doit être la base de toute thérapeutique, cet axiome s'applique bien plus aux rétrécissements de l'urèthre qu'à aucune des autres lésions de nos organes.

(1) *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1858, tomes I et II.

Mais le diagnostic indispensable pour guider sûrement le praticien exige une série d'explorations préliminaires dont j'ai tracé les règles, et sans lesquelles il ne procède qu'au hasard.

Quelles que soient la dextérité et l'attention du chirurgien, il lui est impossible d'acquérir, à la première visite, une connaissance rigoureusement exacte et suffisante des rétrécissements uréthraux qu'il est appelé à traiter. Si l'instrument explorateur ne traverse pas la coarctation, ce qui n'est pas rare, il apprend seulement que l'urèthre est rétréci; mais l'étendue de ce rétrécissement en longueur et en épaisseur, sa nature et sa dilatabilité, le degré de réduction de sa lumière et l'état des parties, en arrière de son siége, sont autant de points sur lesquels le praticien ne possède pas encore de notions précises, bien qu'elles soient indispensables pour instituer un traitement rationnel. Le progrès qui s'opère actuellement consiste à agir avec moins de précipitation et à mieux s'assurer de toutes les conditions morbides qui peuvent se rencontrer.

Frappé des inconvénients attachés à la manière ordinaire de procéder, j'ai changé de système, et soumis les malades au traitement préparatoire qui m'avait si bien réussi dans la lithotritie et plusieurs autres opérations pratiquées dans la vessie, à son col et dans les différentes régions de l'urèthre.

D'après ce principe, la première séance n'a pour objet que de constater l'existence de la coarctation. Ensuite vient un traitement médical approprié, à la fin duquel des bougies molles, de cire, très fines d'abord, et successivement plus volumineuses, sont portées jusqu'au rétrécissement et maintenues en contact avec lui pendant une à deux minutes. Ces introductions journalières d'un corps parfaitement inoffensif n'ont pas seulement pour effet de diminuer la sensibilité du canal, elles font cesser la rigidité et la contractilité morbides du point rétréci. Souvent les bougies finissent par le traverser, et le praticien se trouve à même de compléter son diagnostic, tant sur les dispositions du rétrécissement lui-même que sur

l'état des parties plus profondes, qui peuvent être le siége d'autres coarctations ou d'altérations diverses.

Lorsqu'une première bougie a traversé la coarctation, si les suivantes pénètrent également, on peut espérer que le rétrécissement sera dilatable, et l'on poursuit le traitement par la dilatation temporaire avec les précautions requises. Dans le cas opposé, où aucune bougie ne pénètre, ou si le rétrécissement, après avoir admis les premières, retient les autres, les serre avec force, s'il devient douloureux, le praticien conclut de ces circonstances que la dilatation ne suffira pas, qu'elle exposerait même à des accidents, et qu'il faut recourir à celles des autres méthodes de traitement qui lui semblent le mieux appropriées. L'avantage, aussi précieux qu'incontestable, de cette première période du traitement, est donc tout à la fois d'éteindre l'irritation dans les parties malades, de les disposer aux opérations subséquentes, et de fournir au chirurgien les renseignements nécessaires pour distinguer exactement la nature de l'altération et faire un choix rationnel de la méthode curative.

II. Après avoir expérimenté comparativement tous les moyens préconisés dans le traitement des coarctations uréthrales, je me suis définitivement arrêté à deux méthodes parfaitement définies, ayant chacune sa sphère d'action déterminée, s'appliquant isolément à des séries particulières de cas, mais se prêtant au besoin un appui efficace et tellement nécessaire, que sans le secours de l'une, l'autre resterait souvent stérile. Ces méthodes sont la dilatation temporaire lente et progressive et l'uréthrotomie.

III. La dilatation, la plus ancienne, et depuis plusieurs siècles, la plus usitée des méthodes curatives des rétrécissements de l'urèthre, semblait avoir parcouru toutes les phases de développement et subi toutes les épreuves susceptibles d'en fixer la valeur. Cependant, de nos jours, elle a été remise en question ; et, se fondant sur quelques faits mal expliqués, quelques praticiens, après s'être mépris sur le principe et le mécanisme de son action, ont été conduits à nier son efficacité et la permanence de ses résultats.

D'abord on n'a pas distingué la dilatation continue et persistante de la dilatation temporaire et graduée. Ce que des praticiens ont pu dire de la dilatation en général, à savoir qu'elle ne produit d'autre effet que d'affaiblir les tissus qui forment le rétrécissement, de les aplatir, de les tirailler, en agissant à la manière d'un coin, ces assertions ne peuvent s'appliquer qu'à la dilatation continue, opérée au moyen d'instruments laissés à demeure dans l'urèthre. Et encore, à son sujet, cette conclusion absolue que la dilatation, employée ainsi, ne guérit pas et ne peut guérir les coarctations uréthrales, est-elle complétement erronée, parce qu'elle dénie les résultats constatés de l'expérience et méconnaît que les sondes et les bougies, indépendamment de leur action mécanique, produisent d'autres effets qu'on ne peut contester, et que les auteurs les plus estimés, Desault entre autres, ont signalés.

Placez une sonde à demeure dans un urèthre rétréci, en peu de jours vous verrez diminuer d'abord, puis même disparaître la tuméfaction et l'altération du tissu qui constituait la coarctation ; mais si vous retirez alors l'instrument, si vous laissez le canal à lui-même pendant un certain laps de temps, au moment où vous voudrez replacer la sonde, vous trouverez le rétrécissement reproduit, du moins en partie, avec ses transformations morbides caractéristiques. Il s'était donc opéré d'abord une résolution manifeste, suite d'un travail moléculaire provoqué par la présence de la sonde, mais qui s'est arrêté dès qu'on a supprimé la cause excitante.

La dilatation temporaire produit des phénomènes analogues, quoique moins saillants et moins appréciables. Comme elle ne comporte le séjour de la bougie dans le canal que pendant une ou deux minutes au plus chaque fois, on est bien moins fondé encore que dans le cas précédent à admettre qu'elle n'a fait que comprimer et aplatir l'obstacle. Elle allonge bien effectivement les tissus rétractés; après avoir subi cette action, les tissus reviennent bien également sur eux-mêmes, mais avec moins d'énergie, parce qu'ils ont subi moins de violence; bientôt la coarctation admet des bougies plus fortes, et à mesure qu'on avance, le dégorgement s'opère, la

souplesse du canal se rétablit, si bien qu'on finit par ne plus rencontrer ni obstacle, ni trace d'altération morbide.

Un fait, en apparence peu important, révélé par la pratique moderne, a conduit au perfectionnement le plus considérable dans l'application de la dilatation temporaire. C'était une pratique générale depuis longtemps adoptée, d'introduire les bougies avec force, de manière à dilater autant que possible la coarctation et de les laisser en place des heures entières. Les inconvénients de cette manière d'agir sont aujourd'hui reconnus. En introduisant la bougie avec ménagement, en n'employant chaque fois que celle qui peut être admise sans effort, et en la retirant au bout d'une à deux minutes, on ne détermine ni douleur, ni la réaction qui survient si souvent dans d'autres cas, et l'on parvient sûrement à rétablir le canal dans son état primitif. C'est par ce procédé, dont tous les chirurgiens ne comprennent pas encore l'extrême importance, et en restreignant la dilatation au cas où elle est indiquée, que j'ai régularisé l'emploi de cette méthode et obtenu des résultats que l'on a trouvés trop beaux, si ce n'est exagérés. L'exactitude de ces résultats est cependant mise en toute évidence par la pratique journalière des chirurgiens qui suivent la même règle; et si d'autres ne les obtiennent pas, c'est qu'ils s'écartent de la voie tracée, se laissant encore trop guider par des vues mécaniques, et méconnaissant la grande part qui doit revenir, dans le succès, à cette opération toujours lente de la nature que Dupuytren appelait si justement dilatation vitale.

IV. Un groupe d'opérations que j'ai désignées sous le nom d'uréthrotomie interne et externe, d'un emploi jusqu'à présent limité, commence à attirer sérieusement l'attention des chirurgiens, avec d'autant plus de raison que l'expérience a prouvé l'utilité dont elles peuvent être dans le traitement des coarctations uréthrales. On peut même dire que l'uréthrotomie interne a déjà comblé une lacune considérable en venant en aide au praticien dans des cas graves où tous les autres moyens lui faisaient défaut. Hâtons-nous de dire, toutefois, que cette opération ne constitue pas à elle seule une méthode

exclusive de traitement, qu'elle a besoin, au contraire, du concours préalable et consécutif d'autres méthodes sans lesquelles elle serait au moins impuissante. Presque toujours il faut dilater avant d'inciser; il faut encore dilater après l'incision pour préparer, achever et consolider la guérison. L'incision n'est donc en réalité qu'un moyen de rendre la dilatation plus prompte, plus efficace, moins douloureuse, et enfin de la faire possible là où elle ne l'était pas.

J'ai dû entrer, en traitant ce sujet encore peu exploré, dans des développements étendus que je ne puis qu'indiquer ici. Je ferai remarquer que l'emploi de l'instrument tranchant sur et dans l'urèthre remonte beaucoup plus loin que ne paraissent le penser quelques chirurgiens. Ainsi les incisions intra-uréthrales, pratiquées dans le but d'élargir le canal et de détruire les coarctations organiques existant notamment au voisinage de la fosse naviculaire, sont usitées depuis l'origine de la lithotritie, et, pour mon compte, je les ai pratiquées, depuis 1823, de trente à soixante fois par an. Je dois ajouter que cette méthode a été mieux étudiée dans ces dernières années, qu'on a régularisé et multiplié ses applications et perfectionné ses procédés; mais il n'est pas moins incontestable que la science possédait un grand nombre de faits antérieurs et des bases d'appréciation qui n'ont pas peu contribué à la développer et à lui assurer la faveur dont elle jouit et qu'elle mérite.

Quant à l'incision de l'urèthre, pratiquée de dehors en dedans, avec ou sans conducteur, nous trouvons dans les annales de notre vieille chirurgie des faits curieux que j'ai exposés dans mon ouvrage, et qui prouvent incontestablement que des écrivains, en Angleterre surtout, se font illusion en attribuant à M. Syme l'invention de ce qu'on appelle, dans ce pays, la *section périnéale externe*, c'est-à-dire la division du périnée et des tissus qui forment les rétrécissements uréthraux non dilatables. (Je prie l'Académie de me continuer quelques instants encore sa bienveillante attention; il s'agit de conserver à la chirurgie française un de ses titres de gloire.)

En mettant sous les yeux de l'Académie, en 1849, mon Mémoire sur l'uréthrotomie, je fis voir que l'opération attribuée de nos jours à M. Syme était décrite et avait été pratiquée en France, depuis près de deux siècles. Je pensais qu'il suffirait d'indiquer, à l'appui de cette énonciation, des faits péremptoires et d'une vérification facile, pour réduire à néant toute prétention contraire. Mon espoir a été déçu : j'ai même le regret de dire qu'il s'est trouvé en France des chirurgiens qui, par inadvertance assurément, ont fait cause commune avec les écrivains anglais et soutenu la même erreur.

Je laisse de côté les théories plus ou moins subtiles que se font quelques personnes, relativement aux inventions ; mais que l'on fasse table rase sur le passé, que l'on déclare, ainsi que cela paraît être l'usage en Angleterre, ou du moins comme on l'a déjà fait à l'égard de Franco et d'Anel, auteurs d'une découverte, non celui qui l'a faite réellement et qui l'a appliquée, mais bien celui qui la reprend plus tard, et la popularise par les voies de la publicité du jour : ce sont des actes contre lesquels se soulève la probité scientifique, et qui ne trouveront pas d'appui dans cette enceinte.

Peu de mots suffiront pour justifier ma protestation et mettre la vérité dans tout son jour. Voici ce qu'on lit dans Tolet, au sujet de l'opération qu'on persiste à présenter comme une découverte faite en 1844, dans un coin du Royaume-Uni (J. Syme, *Of Stricture of the urethra*, 1849).

Tout étant préparé, et le malade situé et tenu, comme pour la lithotomie, « pour être plus assuré, dit Tolet, du chemin qu'on doit tenir en faisant l'incision, on introduit la sonde cannelée dans l'urèthre, le plus avant qu'on peut, sans rien forcer; si l'inflammation est médiocre, ou qu'il n'y ait point de carnosité, ni d'autres obstacles, on l'introduit dans la vessie : un serviteur tient la sonde, ou le chirurgien la tient, et il observe toutes les circonstances comme à la taille, faisant l'incision moins basse que pour la lithotomie, et moins longue sur la cannelure. » (*Traité de la lithotomie*, 4e édit., p. 203.)

« Dans mon opération, dit, de son côté, M. Syme, on intro-

duit dans le rétrécissement un conducteur cannelé, d'une dimension telle qu'il puisse passer sans qu'on ait besoin d'employer la force et sans produire aucun écoulement de sang douloureux. Les bourses du malade sont alors relevées; une incision d'environ 4 centimètres de longueur est faite, exactement sur la ligne médiane du périnée, à travers les téguments et le fascia. L'opérateur, tenant le conducteur de la main gauche, guide le bistouri sur l'index de la main droite, de manière à en insinuer la pointe dans la cannelure, au bulbe même, puis le porte en avant, à travers toute la partie contractée du canal.

Ainsi la position du malade, le conducteur cannelé porté sans violence jusque dans la vessie, et tenu ensuite par le chirurgien ou par un aide, ces circonstances sont communes aux deux opérations de Tolet et de M. Syme.

Le chirurgien écossais précise la longueur de l'incision; mais Tolet, en disant qu'elle doit être moins longue, et faite moins bas que dans la lithotomie, la place au même lieu et dans des limites approximativement semblables.

M. Syme divise le périnée d'arrière en avant, ce que faisaient aussi Petit, Ledran et autres, qui ont pratiqué la même opération.

Tolet distingue, en outre, l'incision que l'on fait sur un conducteur, de celle qui a lieu sans guide, à laquelle il n'a recours que lorsqu'il faut absolument opérer pour prolonger la vie. M. Syme n'agit pas autrement, mais il déclare que ce n'est pas là sa méthode, et que la perméabilité de l'urèthre est une condition indispensable pour l'accomplissement de la section périnéale externe.

Il faut bien le reconnaître, Tolet et ses successeurs, en décrivant l'opération de la *boutonnière*, nous ont laissé bien peu de choses à ajouter relativement à la distinction des cas dans lesquels on peut recourir à l'uréthrotomie externe et aux modifications que les circonstances peuvent nécessiter dans le procédé opératoire. Rien d'essentiel n'est changé dans ce qui était en usage au XVIIe siècle. Les expressions et la manière d'exposer les faits ont été modifiées par suite du progrès du

temps, mais il est facile de reconnaître, dans les formes différentes, le même fond d'idées et de pratique. Il n'est pas jusqu'à l'opération en deux temps qui ne fût connue de nos prédécesseurs, car Colot y eut recours en 1687, sur un malade gravement attaqué, divisant d'abord les tissus superficiels, sans atteindre l'urèthre, et complétant ensuite l'opération en incisant le canal, dès que les tissus furent dégorgés. N'est-ce pas là ce que fait aussi M. Syme et ce que nous faisons tous?

En résumé, quelques modifications secondaires ne détruisent pas, quant aux conditions essentielles, l'identité entre l'opération de Tolet et de ses successeurs, et l'opération préconisée de nos jours par M. Syme et d'autres chirurgiens.

Mais, ajoutent quelques ingénieux sophistes, les anciens chirurgiens, en divisant l'urèthre par le périnée, n'avaient en vue que de faire cesser la rétention d'urine, tandis que nous employons le procédé nouveau pour guérir les rétrécissements non dilatables; ce qui est bien différent, et ce qui fait de l'opération une découverte glorieuse pour notre siècle: subtilité admirable par laquelle la différence dans l'objet du moyen est assimilée à l'invention de ce moyen.

Mais nos prétendus inventeurs ne peuvent même pas se soutenir sur cet appui fragile. Sans doute Colot, Col-de-Villars, Palfyns, Dionis, ont incisé l'urèthre dans des cas graves où la rétention était la cause déterminante de l'opération; mais, après avoir vidé la vessie, ils s'occupaient de l'obstrution, *et l'incision était, suivant Palfyns, plus sûre que la dilatation.*

Pour achever la conviction des plus obstinés, il suffira peut-être enfin de leur demander si Tolet, Colot, Delpech et autres se proposaient de combattre la rétention d'urine, alors qu'ils opéraient sur des conducteurs cannelés, introduits sans effort jusque dans la vessie? Évidemment, la rétention d'urine n'existait pas, et il ne pouvait être question, dans ces cas, que d'attaquer les rétrécissements de l'urèthre réfractaires à tout autre moyen de traitement. « *La canule du trocart*, dit J.-L. Petit, *me servit à conduire un bistouri assez loin pour couper entièrement la partie du canal qui était rétrécie. Tous ceux*, ajoute-t-il, *auxquels j'ai fait la boutonnière ont recouvré*

la liberté du canal, lorsque l'obstacle s'est trouvé compris dans l'incision. (*Mémoire de l'Académie de chirurgie*, édition in-12, t. II, p. 340.)

Était-ce encore pour remédier à la rétention d'urine que l'incision périnéale était pratiquée chez des sujets qui rendaient ce liquide par les orifices de nombreuses fistules dans cette région et au scrotum? Mais c'est peut-être insister trop longuement sur ce point; ce qui restera d'utile de cette discussion, c'est qu'en recourant à l'uréthrotomie périnéale, les jeunes chirurgiens sauront qu'ils ont pour eux, non-seulement l'expérience contemporaine, mais l'autorité des plus grands maîtres de l'art.

—

RAPPORTS.

Du tubage de la glotte, et de la trachéotomie, par M. Bouchut. — (*Rapport* de MM. Blache, Nélaton et Trousseau, *rapporteur*.)

Messieurs, dans la séance du 14 septembre dernier, M. le docteur Bouchut a eu l'honneur de lire un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage de la glotte.

Il cherchait à démontrer qu'il était facile de pratiquer le tubage de la glotte au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures, et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte; et la possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx, par ce moyen, de préférence à la trachéotomie.

Vous avez, pour examiner cette question, nommé une commission composée de MM. Blache, Nélaton et moi; je viens aujourd'hui, comme rapporteur, vous exprimer l'opinion de cette commission sur le travail de M. Bouchut.

Depuis un certain nombre d'années, beaucoup de médecins ont rivalisé d'efforts pour combattre le croup, l'une des plus terribles maladies de l'enfance.

Tant que les concrétions diphthéritiques étaient limitées au

pharynx, où elles prennent le plus ordinairement naissance, la méthode d'Arétée, consistant dans des applications d'alun et de substances végétales astringentes; les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, indiquées par Boerhaave, Van Swieten et les médecins du siècle dernier; les applications topiques de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, de sublimé; l'emploi du cautère actuel, pratiqué en 1827 par M. Bonsergent (de Romorantin), et remis récemment en honneur par MM. Valentin et Dauvin; tous ces moyens divers, agissant dans le même sens, suffisaient le plus souvent pour arrêter les progrès du mal et empêcher qu'il ne se propageât dans le larynx.

Les travaux de M. Bretonneau avaient remis en honneur la médication topique, trop souvent oubliée, et cette médication, la plus puissante que l'on connaisse dans le traitement de la diphthérite, bien qu'elle ne soit pas infaillible, restait inefficace le plus souvent, du moment que le mal s'était propagé au larynx. Il est vrai que M. Bretonneau, en exprimant sur les ligaments aryténo-épiglottiques une éponge imbibée d'acide chlorhydrique ou de solution cathérétique, faisait pénétrer dans le larynx une certaine quantité de l'agent médicamenteux; il est vrai qu'en insufflant, avec un appareil particulier, de l'alun dans la gorge, il forçait l'enfant à inspirer jusque dans la trachée-artère et dans les bronches une certaine quantité de cette poussière astringente; il est encore vrai que ce même praticien, faisant inspirer à ses malades des vapeurs d'acide chlorhydrique, procédé repris plus tard par M. le docteur Homolle, agissait sur la membrane muqueuse des voies aériennes, comme il le faisait sur le pharynx lui-même: mais ces procédés, ou imparfaits, ou dangereux, n'atteignaient que bien rarement le but curatif que l'on se proposait.

Beaucoup de médecins fort recommandables et grands partisans de la médication topique dans la diphthérite pharyngienne, en sont arrivés à ce point, qu'ils ne veulent plus continuer ces moyens, du moment que le larynx est envahi.

M. Girouard (de Chartres) proposait de porter directement, à l'aide d'une sonde, des médicaments cathérétiques jusque

dans le larynx. Mais il faut convenir qu'à M. Horace Green (de New-York) appartient l'honneur d'avoir méthodiquement et systématiquement traité la diphthérite, quand elle occupait le larynx, par les caustiques introduits à l'aide d'une petite éponge placée à l'extrémité d'une baleine convenablement recourbée ; un peu plus tard, M. Loiseau (de Montmartre), qui ne connaissait pas les travaux de M. Green, à l'aide d'appareils fort ingénieux, portait dans le larynx et dans la trachée, chez les enfants atteints de croup, des solutions de tannin, des solutions caustiques : et ces deux praticiens pouvaient ainsi sauver un certain nombre de malades, qui eussent infailliblement péri si l'on n'eût pratiqué cette opération. L'efficacité si incontestable de la trachéotomie pratiquée dans la période extrême du croup donna à quelques médecins l'idée d'introduire dans le larynx, par la bouche, un instrument qui pût remplacer la canule de la trachéotomie et sauver une opération sanglante.

M. Reybard est peut-être le premier qui ait mis cette idée à exécution et qui ait placé à demeure dans le larynx et dans la trachée une sonde de gros calibre qui ressortait par la bouche, et que l'on fixait au dehors ; nous sommes obligés de convenir que si l'idée était bonne, l'exécution en était mauvaise : aussi l'ingénieux chirurgien dont je viens de citer le nom y renonça-t-il probablement lui-même. M. Loiseau (de Montmartre) avait imaginé des tubes métalliques dont je vous ai montré moi-même ici plusieurs modèles, lorsque je fus chargé, l'an dernier, de faire un rapport sur les travaux de ce médecin ; il les avait fait confectionner chez M. Charrière, dès le mois de juillet 1857, comme les livres de ce fabricant d'instruments en font foi. En vous montrant ces tubes que M. Loiseau voulait fixer dans le larynx et dans la première portion de la trachée-artère, afin de faciliter l'expulsion des fausses membranes et l'introduction des médicaments, j'exprimai des doutes sur la possibilité et sur l'opportunité de cette introduction ; et je me croyais d'autant plus fondé à le faire, que M. Loiseau s'était contenté de faire exécuter les instruments par M. Charrière et par d'autres fabricants, sans

les appliquer jamais. Notre collègue, M. Jobert, ne croyait pas non plus que le procédé de M. Loiseau fût applicable; en effet, il s'exprime en ces termes dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, recueillie par un de ses élèves, M. Barde, et publiée quelque temps après dans le numéro du 17 juin 1858 de la *Gazette des hôpitaux*, c'est-à-dire près de deux mois avant que M. Bouchut eût appliqué le tubage du larynx.

« Enfin, dit-il, M. Loiseau a préconisé l'introduction des canules dans le larynx et la trachée. Il y a longtemps déjà, j'avais cru que ces canules pourraient rendre de grands services, mais j'ai dû y renoncer. » Il ajoute plus loin : « Je récuse donc encore ce procédé, et c'est pour donner exclusivement ma confiance à la trachéotomie. »

Si je suis entré dans tous ces détails, ce n'est pas, messieurs, pour discuter une stérile question de priorité; personne, en effet, ne peut révoquer en doute, d'après les faits et les dates que je viens de citer, que l'idée du tubage du larynx et de la trachée n'appartienne à M. Reybard, et surtout à M. Loiseau; mais à M. Bouchut appartient l'honneur d'avoir fait de cette idée une application pratique.

Le premier il a placé et maintenu dans le larynx d'enfants atteints de croup un tube métallique par lequel l'air a pu être introduit plus aisément et les fausses membranes plus facilement expulsées; il a rapporté des faits qui, pour n'avoir pas été suivis de guérison, n'en sont pas moins probants.

Au moyen d'une sonde ordinaire percée à ses deux extrémités, introduite comme conducteur par la bouche, à l'intérieur du larynx, il porte dans la glotte une virole de forme particulière, qu'il retient au dehors à l'aide d'une amarre de soie, et qui reste en place d'un à trois jours, c'est-à-dire le temps nécessaire à la disparition des phénomènes d'asphyxie.

Cette virole est garnie à son extrémité supérieure de deux bourrelets destinés à la maintenir dans la glotte, sur la corde vocale inférieure, à la façon d'un de ces boutons mobiles, en forme de poulie, dont on se sert pour maintenir les plis de poitrine de chemises d'homme.

La tolérance de cette virole par la glotte s'établit rapidement ; elle ne gêne pas les fonctions de l'épiglotte, qui s'abaisse sur elle, de manière à empêcher les boissons de pénétrer dans les voies aériennes ; elle donne un facile passage à l'air, puisqu'elle arrondit, en l'élargissant, l'ouverture longitudinale, étroite et contractile, que limitent les cordes vocales, et elle peut permettre le passage des fausses membranes qui se détachent de la trachée et des bronches.

Nous avons à examiner maintenant, messieurs :

D'abord si le procédé est facile ;

Deuxièmement, s'il est dangereux ;

Troisièmement, s'il est utile ;

Quatrièmement, nous aurons à le comparer à la cautérisation directe du larynx, et enfin à la trachéotomie.

Premier point. — *Facilité d'exécution.* — A l'aide de l'espèce d'armure que M. Loiseau a imaginée pour protéger le doigt indicateur de la main gauche contre la morsure, le médecin peut, assez facilement, pénétrer jusqu'à l'épiglotte d'un enfant, pourvu qu'il ait plus de deux ans (car au-dessous de cet âge, le doigt de l'opérateur est trop gros pour ne pas augmenter la suffocation), et la relever de manière à diriger sûrement dans le larynx une sonde convenablement recourbée ; il n'y a donc vraiment rien de très difficile dans cette petite opération qui, d'ailleurs, peut être facilitée par les ballons à écrous mobiles que l'on trouve chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie.

Nous devons dire toutefois que, d'après les expériences faites à l'hôpital des Enfants, le volume du doigt de l'opérateur introduit et maintenu quelque temps dans la gorge est tellement considérable, relativement au calibre de la partie inférieure du pharynx, que le petit malade étouffe, à moins que l'opération ne soit faite avec une rapidité et une dextérité qu'il n'est pas donné à tout le monde d'atteindre.

Si le cathétérisme est, en général, une chose facile, avec les restrictions que nous venons d'indiquer, il n'en est plus de même du tubage de la glotte. A l'hôpital des Enfants, les

mêmes internes qui, plusieurs fois, avaient fait le cathétérisme du larynx, n'ont pu parvenir à exécuter l'opération du tubage sur le cadavre ; et M. Guersant, chirurgien de l'hôpital, dont tout le monde connaît l'habileté, n'a pu y parvenir dans une tentative faite aussi sur le cadavre, en se servant des instruments fabriqués par M. Mathieu, sur les indications de M. Bouchut : ce qui ne veut pas dire que nous contestions le moins du monde les résultats obtenus par M. Bouchut lui-même, mais cela prouve tout au moins que le manuel opératoire n'est pas aussi simple que l'auteur veut bien le dire. Nous ajouterons encore qu'entre les mains de M. Bouchut, si nous en croyons ce qui nous a été rapporté par ses collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, ce tubage a été quelquefois beaucoup plus difficile que ne semble le dire son auteur.

D'un autre côté, nous sommes frappés par quelques détails contenus dans les observations de M. Bouchut, desquelles il résulte, ou que M. Bouchut a cru le tube introduit dans les lèvres de la glotte alors qu'il ne l'était pas, ou bien que la physiologie du larynx est tout entière à refaire.

Dans la première observation, « aussitôt le tube introduit dans le larynx (est-il dit), *l'enfant a pu parler à voix basse et dire qu'il se trouvait beaucoup mieux ;* tandis que dans la seconde observation l'enfant, dont la voix était complétement abolie, et qui ne parlait que des lèvres, avec un bruit guttural à peine appréciable, a pu *immédiatement parler d'une voix plus forte*, gutturale, il est vrai, mais assez claire, assez nettement articulée pour qu'on l'entendît distinctement dire : *Otez-moi cela.* En même temps, la toux éteinte fut remplacée par une toux plus forte, plus éclatante. »

En présence de ces faits, observés et racontés par un homme de la valeur de M. Bouchut, nous nous demandons si ces observations ne renversent pas toutes les idées généralement reçues sur le mécanisme de la voix et de la toux; nous nous demandons comment une voix claire et nette, comment une toux éclatante peuvent se produire lorsque le jeu des cordes vocales est complétement aboli, lorsque celles-ci même n'existent plus, le tube laryngé occupant leur place.

Nous laissons à nos collègues de la section de physique et de physiologie le soin de discuter et d'apprécier ce fait.

Deuxième point. — *Innocuité du tubage du larynx.* — Il n'est pas probable que l'application pendant un ou deux jours d'un tube laryngé puisse être suivie de grands inconvénients : il en résultera, sans doute, une irritation inévitable des points en contact avec l'instrument ; mais les ulcérations des cordes vocales, les nécroses des cartilages, ne pourraient guère survenir que si le tube restait plusieurs jours dans le larynx. Or, toutes les fois que la guérison pourrait avoir lieu dans un espace de temps très court, qui ne dépassât pas deux jours, on ne devrait pas craindre des accidents résultant de l'emploi de ce moyen nouveau.

Si, au contraire, la persistance de la diphthérite impose la nécessité de laisser le tube huit, dix, quinze jours entre les lèvres de la glotte, nous sommes convaincus qu'après la guérison du croup il resterait du côté du larynx de très graves désordres, qui pourraient amener une altération irrémédiable de la voix, et peut-être ultérieurement des accidents beaucoup plus graves encore.

Que si le tubage de la glotte était, au contraire, mis en pratique pour les maladies chroniques du larynx, comme, dans ce cas, il existe fort souvent des nécroses et des ulcérations, les inconvénients du moyen ne seraient plus les mêmes, et l'on pourrait, sans augmenter les desordres locaux, tenir les voies aériennes ouvertes assez longtemps, et retarder ainsi la suffocation et la trachéotomie.

Et si, comme cela s'observe quelquefois, la suffocation était le résultat d'une affection syphilitique, l'introduction d'un tube pendant quelques jours pourrait donner au médecin le temps d'employer des remèdes héroïques, qui, luttant contre la cause de la lésion, la modifieraient assez profondément pour faire cesser, en partie, le gonflement de la membrane muqueuse, et permettre d'enlever le tube sans danger.

Nous devons faire ici une restriction. Comme le tube est introduit au-dessous des ligaments aryténo-épiglottiques,

s'il y a œdème de ces ligaments, le tubage de la glotte ne remédiera à rien, l'obstacle se trouvant au-dessus ; et l'on a vu, même dans les observations de M. Bouchut, que chez un enfant atteint de croup, le tubage n'avait pas empêché l'asphyxie de continuer, probablement parce que les ligaments aryténo-épiglottiques étaient le siége d'un gonflement qui doit se présenter souvent.

D'un autre côté, les observations de M. Bouchut ont démontré que l'on n'avait pas lieu de redouter un accident que, au premier abord, on devait croire inévitable ; je veux parler de l'introduction des boissons dans les voies aériennes. Les faits rapportés par l'auteur du mémoire font voir que, nonobstant la dilatation permanente de la glotte à l'aide d'un tube métallique, la déglutition s'est opérée avec une parfaite facilité.

Troisième point. — *Utilité du tubage.* — M. Loiseau en proposant, M. Bouchut en exécutant le premier le tubage du larynx, et avant eux M. Reybard en introduisant une sonde à demeure dans les voies aériennes, avaient eu l'idée de remplacer, et par conséquent d'éviter la trachéotomie. Je ne discuterai pas ici la méthode de M. Reybard, il est trop évident qu'elle est inadmissible. La très grosse et très longue canule dont le modèle a été présenté l'an dernier par M. Loiseau ne pourrait guère demeurer entre les cordes vocales, et je doute fort qu'elle pût y être introduite sans produire des déchirures ou d'autres désordres sérieux ; je dois à la vérité de dire que ces tubes de M. Loiseau ne devaient pas, d'après les idées de l'auteur lui-même, rester plusieurs jours dans le larynx, mais qu'ils devaient y faire un séjour momentané, afin de permettre au médecin d'introduire plus facilement dans la trachée et dans les bronches de petites sondes porte-caustique et des curettes très ingénieusement imaginées par M. Loiseau. C'est donc le tube de M. Bouchut qui seul doit être examiné ici.

A priori, et jusqu'à plus ample informé, il me paraît qu'un tube de ce genre, placé entre les cordes vocales, doit retarder

et peut-être empêcher complétement l'asphyxie croupale toutes les fois que la fausse membrane ne dépasse pas la glotte; mais s'il ne s'agit que d'une laryngite aiguë, sans production de fausses membranes (et la mort par asphyxie, bien que très rarement, est produite par cette phlegmasie), on comprend que le tubage du larynx puisse et doive empêcher la mort, et par conséquent suppléer parfaitement à la trachéotomie.

A plus forte raison, comprendrons-nous son utilité dans le traitement de ce que l'on appelle improprement l'œdème de la glotte; et quoique notre collègue M. Jobert, dans la leçon clinique dont j'ai parlé plus haut, ait repoussé le tubage du larynx proposé par M. Loiseau dans l'œdème de la glotte, je suis obligé de ne pas adopter ici entièrement l'opinion du chirurgien éminent de l'Hôtel-Dieu.

Il est bien clair que, dans l'œdème aigu non symptomatique de la glotte, chez l'adulte, qui est en définitive la même maladie que le pseudo-croup de l'enfant, le tubage pourrait être une ressource puissante et radicale, si toutefois les ligaments aryténo-épiglottiques ne participaient pas, comme cela a lieu si souvent, à la tuméfaction des cordes vocales; mais si l'on considère que l'œdème de la glotte est ordinairement le symptôme de la nécrose du squelette du larynx, ou de toute autre lésion très grave, on comprendra que le tubage qui, dans ce cas, devrait être permanent pour être tout à fait utile, ne peut en aucune façon remplacer la trachéotomie, qui occasionne une gêne beaucoup moindre. Mais revenons au croup.

Le tube laryngé de M. Bouchut n'a pas, que je sache, d'influence curative au point de vue de la phlegmasie diphthéritique, ce n'est qu'un moyen mécanique propre à retarder l'asphyxie; il n'empêchera donc pas la fausse membrane de persister dans le larynx et de se propager un peu plus bas, et dans la première partie de la trachée, à moins que l'on n'enlève le tube laryngien de temps en temps ou qu'on ne s'en serve pour introduire des agents substituteurs ou astringents, par la méthode de MM. Green et Loiseau.

Mais si la fausse membrane tapisse la trachée-artère, le tubage n'offrirait qu'une ressource bien limitée.

J'ose à peine exprimer ici une opinion qui a germé depuis longtemps dans mon esprit, parce que je ne la crois pas encore environnée de preuves suffisantes. Tous les médecins ont pu être frappés de l'extrême gravité du croup chez l'adulte, si bien qu'il y a peu de cas authentiques de guérisons lorsque la fausse membrane existait évidemment dans le larynx, et, chose remarquable, bien que la trachéotomie ait été assez souvent faite dans le cas de croup de l'adulte (et moi-même j'ai fait plusieurs fois l'opération), je ne crois pas qu'il existe dans la science un seul fait de guérison après la trachéotomie. Je me suis souvent demandé si cela ne tenait pas à ce que le larynx étant beaucoup plus large, l'asphyxie était moins prompte que chez l'enfant, et alors les fausses membranes avaient le temps de se propager dans la trachée et dans les bronches avant que la suffocation devînt imminente, et obligeât le chirurgien à pratiquer la trachéotomie. Le tubage du larynx n'agirait-il pas dans le même sens, et ne serait-ce pas au tubage lui-même que, indirectement il est vrai, il faudrait attribuer la mort des enfants traités par M. Bouchut, car tous ceux qu'il a traités seraient morts avec le tubage; deux toutefois ont survécu, mais après avoir subi la trachéotomie *in extremis*. Si, comme M. Bouchut le dit lui-même, le tubage était un moyen de retarder la trachéotomie, qui plus tard sera inévitable, ne serait-ce pas la condamnation de ce procédé? Car nous verrons plus loin, lorsque nous défendrons la trachéotomie contre les attaques de M. Bouchut, que, suivant les relevés de MM. Roger et Sée, tous deux médecins de l'hôpital des Enfants, la proportion des guérisons par la trachéotomie est d'autant plus grande, que l'opération a été faite à une époque moins voisine de la mort probable?

Quatrième point. — Il nous reste maintenant à le comparer aux procédés à l'aide desquels on essaye d'enlever du larynx lui-même les fausses membranes qui l'obstruent. Il est un point préalable qu'il faut établir, c'est le suivant: en général, et même dans la presque universalité des cas, les malades

atteints de croup meurent par l'occlusion du larynx. La preuve de cette proposition, c'est que, immédiatement après la trachéotomie, les malades, à très peu d'exceptions près, éprouvent un soulagement immense, lequel dure aussi longtemps que les parties situées au-dessous de la canule, ne sont pas profondément envahies. On acquiert ainsi la démonstration de la proposition que j'avais établie, savoir : que, avant la trachéotomie, la mort vient par l'occlusion du larynx.

On se demande maintenant si l'éponge à l'aide de laquelle M. Green enlève les fausses membranes qui tapissent la glotte, si la sonde conductrice laryngée qu'emploie M. Loiseau pour porter des agents médicamenteux dans le larynx et pour y faire cheminer une espèce de curette, ne suffisent pas pour désobstruer le larynx, et pour produire, par conséquent, un effet analogue à celui que produit le tubage? La difficulté pour introduire les instruments de MM. Green et Loiseau est infiniment moindre que pour le tubage de M. Bouchut. Le procédé des deux premiers aurait cela d'avantageux, qu'il ne serait pas seulement un moyen mécanique, mais un acte véritablement curatif.

Maintenant nous comparerons le tubage du larynx à la trachéotomie.

Les attaques dont ce procédé opératoire a été l'objet de la part de M. Bouchut nous font un devoir d'y insister tout particulièrement.

Trachéotomie. — La trachéotomie a eu de la peine à faire son chemin. Conseillée par J.-Ch. Caron, qui ne l'exécuta que deux fois, mais sans méthode et sans succès, faite pour la première fois avec succès par Bretonneau, propagée et pratiquée par moi-même avec une ardeur très vive, elle fut, après de longs efforts et de longues luttes, généralement adoptée dans notre France et dans l'Amérique du Nord.

Ce n'est pas que chez nous-mêmes elle ne trouve encore beaucoup d'oppositions, puisqu'à Strasbourg, que l'on peut considérer comme l'une de nos capitales intellectuelles, elle est encore repoussée par presque tous les médecins et les chirurgiens les plus éminents ; je ne parle pas de l'Angleterre,

qui, jusqu'ici, a presque complétement refusé de l'accepter; je ne parle pas de l'Allemagne, d'où elle est presque universellement bannie.

Si la trachéotomie devait être battue en brèche, il semblait que ce ne dût pas être à Paris, où chaque année elle compte tant de succès; si elle devait être combattue, il semblait que ce ne dût pas être par un médecin d'hôpital, et, s'il m'était permis de le dire, par un médecin que j'avais eu l'honneur d'avoir pour élève.

M. le docteur Bouchut a pris la triste tâche de combattre une médication toute française. S'il l'avait fait avec des arguments solides, on pourrait peut-être s'en attrister; mais enfin il faudrait bien se décider à renoncer à une opération que l'expérience aurait appris à regarder comme périlleuse, et ce nous serait un devoir à tous, à ceux mêmes qui ont le plus contribué à populariser cette opération, de nous retirer d'une lutte où nous devrions nous avouer vaincus.

Mais en lisant la communication étrange que M. Bouchut a faite au public médical, j'en suis encore à comprendre comment, avec la statistique qu'il a empruntée à notre collègue M. Trébuchet, il a pu arriver à cette singulière conclusion, que, depuis la trachéotomie et à cause de la trachéotomie, la mortalité proportionnelle du croup avait augmenté.

Pour bien comprendre toute mon argumentation, et bien apprécier celle de M. Bouchut, il importe de faire l'histoire de la trachéotomie, et peut-être plus que personne en puis-je fournir les matériaux.

Le *Traité de la diphthérite* de Bretonneau renfermait l'histoire d'un seul cas de guérison, et du premier qui jamais eût eu lieu. L'opération avait été faite chez mademoiselle Elisabeth de Puységur, alors âgée de cinq ans, et aujourd'hui mère de famille. Presque à la même époque, c'est-à-dire en 1826 et 1828, je pratiquai, à l'exemple de mon maître, quelques trachéotomies dans la période extrême du croup, et j'eus le malheur de perdre tous mes malades.

Pour la première fois, en 1830, je fis avec succès la trachéotomie sur un jeune enfant nommé Gustave Marcillet, au-

jourd'hui âgé de trente-deux ans. Cette opération et ce succès restèrent ignorés de tous, et en 1833 seulement je publiai dans un journal de médecine les détails de cette opération, engageant mes confrères à suivre la voie que M. Bretonneau avait ouverte, et leur indiquant les moyens que je croyais les plus propres à faire réussir la trachéotomie. Jusque-là, comme on le voit, il n'avait été fait à Paris, par moi, qu'une trachéotomie ; j'en avais fait deux ou trois autres à Charenton ou en Sologne.

J'étais bien jeune quand je publiai le fait dont je viens de parler, et le peu d'autorité dont je jouissais n'engageait guère mes confrères à m'imiter. Aussi, pendant les années qui suivirent cette publication, presque personne ne voulut faire de trachéotomie dans la période extrême du croup. Cependant j'en pratiquais chaque année à peu près de vingt à vingt-cinq avec des succès divers. Comme je continuai à faire connaître dans les journaux de médecine les résultats de ma pratique, quelques personnes, et notamment Gerdy et M. Guersant fils, me suivirent dans cette voie ; puis, peu à peu quelques-uns des chirurgiens les plus haut placés firent eux-mêmes, quoique avec une extrême répugnance, une opération dont ils me laissèrent pendant longtemps le monopole presque exclusif. Déjà, en 1844, on connaissait 212 opérations, dont 40 guérisons, ou 1 : 5.

C'est de 1849 que date une nouvelle ère pour la trachéotomie. J'étais devenu, en 1848, l'un des médecins de l'hôpital des Enfants ; jusque-là, et dans un espace de quelques années, il y avait été fait 49 trachéotomies, et toutes, à l'exception d'une seule qui ne fut pas publiée, avaient échoué par des circonstances qu'il m'est difficile d'expliquer.

En 1849, je pratiquai moi-même à l'hôpital des Enfants malades, et dans mon service, une opération qui réussit, et à partir de ce moment, l'extrême répugnance de mes collègues fut vaincue, et il fut établi, entre nous, que désormais l'opération serait faite toutes les fois que toute autre chance de guérison paraîtrait éteinte, et, jusqu'à ce jour, la trachéotomie a toujours été faite d'après cette règle, assez souvent

par M. Guersant, chirurgien de l'hôpital, et dans la très grande majorité des cas, par l'interne qui était de service au moment où le malade était reçu; il a été fait ainsi, depuis 1840 jusqu'à présent, 466 opérations, et, malgré les conditions déplorables de l'hôpital, 126 guérisons ont eu lieu, c'est-à-dire plus du quart.

Aussi n'est-ce que depuis cette époque que l'opération de la trachéotomie est devenue plus usuelle à Paris, et l'on peut affirmer sans crainte d'erreur, qu'il doit se faire en dehors de l'hôpital des Enfants à peu près une soixantaine d'opérations chaque année dans la ville. En effet, la note communiquée par M. Bergeron à la Société des hôpitaux, dans la séance du 27 octobre dernier, a montré que dans le 3e arrondissement, depuis le 1er janvier 1853 jusqu'au 1er juillet 1858, c'est-à-dire dans un espace de cinq ans et demi, il est mort du croup 99 enfants, sur lesquels 17 avaient été trachéotomisés; or, en supposant un quart de guérisons par la trachéotomie, cela donnerait 26 opérations, soit un peu moins de 5 par an. Si maintenant nous considérons que le 3e arrondissement est l'un des plus riches de Paris, l'un de ceux, par conséquent, où les familles répugnent le moins à l'emploi de toutes les ressources que peuvent offrir la médecine et la chirurgie, on arrivera à cette conclusion que, dans les onze autres arrondissements de la capitale, il ne doit pas se pratiquer plus de 55 trachéotomies, savoir 5 par arrondissement.

Il est bien entendu que je mets de côté, dans cette évaluation, les deux hôpitaux des Enfants et de Sainte-Eugénie, qui reçoivent des malades de tous les quartiers, et qui, d'ailleurs, figurent dans les statistiques hospitalières que j'exposerai plus loin.

L'Académie me pardonnera, je l'espère, d'avoir mis un peu trop de ma personne dans ce que je viens de raconter, mais il était difficile qu'il en fût autrement, chacun le comprendra. Ce très court exposé suffira pour ruiner complétement les arguments de M. Bouchut.

La statistique de M. Bouchut commence en 1826, et cette année-là il y a 282 morts : il n'avait pas été pratiqué une

seule trachéotomie dans Paris; il faut arriver à 1839 pour trouver une mortalité aussi considérable, 287. — De 1827 à 1838, la mortalité est de 100, 150 moindre qu'en 1826.

La trachéotomie commence à être pratiquée par moi un assez grand nombre de fois chaque année à partir de 1834; un peu plus tard, quelques-uns de mes confrères y apportent aussi leur contingent, et pourtant six années s'écoulent avant que l'on atteigne un chiffre aussi élevé que celui de 1826.

Nous avons vu que c'est surtout à partir de 1849 que la trachéotomie est pratiquée dans Paris un peu plus qu'elle ne l'était depuis quelques années; or, c'est précisément l'année qui précède de deux ans cette extension plus grande de l'opération qne l'on observe une mortalité énorme, 740; et de 1848 à 1853, la mortalité n'excède pas 400 par année; en 1858, il est vrai, le chiffre des décès, jusqu'au 15 septembre, arrive à 632, ce qui rend probable qu'on atteindra le chiffre de 740. Mais en 1857, il n'y a que 543 morts, et 394 en 1856; or, si la trachéotomie est coupable en 1858, il faut l'absoudre dans les années précédentes.

Nous avons établi que, même en comprenant l'hôpital des Enfants et l'hôpital Sainte-Eugénie, il était certain que depuis quelques années il ne se faisait pas, en moyenne, 120 trachéotomies par an à Paris. Je veux bien admettre ce chiffre pour 1858 et pour les années précédentes; mais en 1847, époque où la mortalité s'élève à 740, je puis affirmer qu'il ne s'est pas fait 60 trachéotomies dans la ville de Paris, et l'on sait qu'à cette époque il s'en faisait à peine 5 ou 6 à l'hôpital des Enfants. Je doublerai les chiffres si l'on veut, je supposerai qu'en 1847 on ait fait 100 opérations; j'accepte qu'elles aient été toutes mortelles, il restera encore 640 décès auxquels la trachéotomie aura été complétement étrangère, et par conséquent 200, 300 et 400 morts de plus que dans quelques-unes des années qui ont suivi, années pendant lesquelles l'opération était plus souvent faite qu'en 1847, puisque à l'hôpital des Enfants seulement, il s'en pratiquait à peu près 50.

Je ne veux pas pousser plus loin cette argumentation; elle

prouve une fois de plus combien la statistique entre des mains inhabiles est un instrument périlleux, combien on trouve les chiffres complaisants quand on veut les faire servir à une mauvaise cause.

S'il fallait d'autres arguments, je les trouverais dans un très remarquable travail lu à la Société des hôpitaux, dans la séance du 27 octobre dernier, par MM. les docteurs Henri Roger et Sée, tous deux médecins de l'hôpital des Enfants. Je n'en veux extraire que ce qui est relatif à la trachéotomie pratiquée dans cet hôpital, laissant de côté une multitude de détails pleins d'intérêt, qui ne sont d'ailleurs que la confirmation de ce que j'ai dit plus haut et de ce que j'aurai tout à l'heure à dire.

L'histoire de l'hôpital des Enfants, disent ces messieurs, va nous démontrer clairement que ce n'est point à l'opération qu'on peut rapporter l'accroissement du nombre des décès.

De 1820 à 1840, avant l'introduction de la trachéotomie dans le traitement du croup, on compte en moyenne 5 à 6 admissions à l'hôpital par année, ainsi que nous l'apprend un travail intéressant de M. Blache; pendant ce laps de temps, c'est à peine si l'on constate çà et là quelques rares succès; la proportion des guérisons atteint tout au plus le chiffre de 14 pour 100.

A partir de 1840, et jusqu'en 1849, le nombre des admissions annuelles augmente sensiblement, et va désormais osciller entre 15 et 25.

L'épidémie de 1847, si funeste dans la ville, ne se trahit elle-même à l'hôpital que par 21 entrées. Jusque-là il s'était fait peu de trachéotomies; les 49 premières tentatives furent toutes, à l'exception d'une, suivies d'une terminaison fatale, et ce résultat fâcheux concordait avec la mortalité générale, qui continuait alors dans des proportions énormes. En effet, sur 100 enfants, on compte 91 morts.

Dans une troisième période, qui comprend les dix dernières années, les résultats du traitement, en même temps que le nombre des admissions, subissent une phase nouvelle. Pen-

dant cet intervalle, la moyenne des entrées est de 65 à 75 par année, auxquelles il faut ajouter, depuis deux ans, de 30 à 50 croups admis à l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette année-ci, et jusqu'au 15 octobre, on compte déjà 160 cas dans les deux hôpitaux, dont 102 à l'hôpital des Enfants.

Or, ce qui doit nous rassurer, malgré l'énormité de ce chiffre, c'est la diminution relative des décès.

Déjà, en 1849, M. Trousseau avait obtenu, par l'opération, deux guérisons, qui devinrent un heureux encouragement. La simplification et le perfectionnement du mode opératoire, et des soins consécutifs, amenèrent bientôt une véritable révolution dans le traitement du croup ; cette méthode fut désormais adoptée par tous les médecins et chirurgiens de cet hôpital.

Dès la deuxième année (1850), on put enregistrer 6 terminaisons heureuses sur 20 cas; puis, dans les huit dernières années, on traite 562 malades atteints de croup, dont 466 par l'opération : or, sur ces 466 opérés, on ne compte pas moins de 126 succès, c'est-à-dire 27 pour 100; en d'autres termes, d'un quart à un tiers de guérisons.

En comparant maintenant ce résultat avec la curabilité moyenne du croup, on constate que, sur un total de 562 cas, comprenant les cas les plus bénins, on trouve 175 guérisons, ou 31 pour 100.

La trachéotomie peut donc soutenir le parallèle avec les divers traitements internes appliqués à tous les croups indistinctement, bien que son domaine de prédilection ait toujours été celui des cas désespérés, ou au moins des cas très graves.

La question d'utilité de l'opération se trouve jugée ainsi en dernier ressort, mais la question d'opportunité nécessite de nouveaux éclaircissements. Tout le monde est d'accord pour l'approuver, en tant que ressource ultime; M. Bouchut ne l'accuse que si elle est faite avant l'asphyxie complète : c'est cette pratique qu'il signale à l'opinion publique comme étant l'unique cause de la mortalité croissante du croup. Or, l'enquête sur cette grave accusation est nettement établie dans

les thèses publiées depuis 1851 par les anciens internes de l'hôpital des Enfants, qui se sont bien gardés de confondre les trachéotomies pratiquées *in extremis* avec celles qu'on appliquait aux cas graves.

Sur 62 opérations ultimes, il n'y en eut que 13 qui réussirent, ou 21 pour 100 ; tandis que, sur 39 croups opérés avant l'asphyxie complète, on constate 25 guérisons, c'est-à-dire 64 pour 100.

Ainsi cette opération, dite prématurée, à laquelle on impute tous les torts, ne guérit pas moins de 3 malades sur 5 ; l'accusation tombe, par conséquent, tout entière.

La proportion des guérisons présente, du reste, quelle que soit l'époque de l'opération, des variations extrêmes, selon l'âge des enfants. C'est à peine s'il y a quelques faits connus de guérison avant l'âge de 2 ans ; de 2 à 3 ans, le nombre des succès augmente déjà (20 p. 100) ; de 3 à 6, on constate 30 guérisons sur 100 ; et enfin, de 6 à 12, on guérit 44 malades sur 100. La donnée moyenne générale, en définitive, est de 27 pour 100.

Un homme qui a acquis une juste célébrité comme statisticien et dont le talent médical n'est contesté par personne, M. Marc d'Espine (de Genève) a jugé avec plus de sévérité que je ne le fais, et que ne viennent de le faire MM. Sée et Roger, l'étrange statistique de M. Bouchut. Voici ses propres termes :

« Pour résoudre péremptoirement cette question : *Le croup est-il devenu progressivement plus mortel depuis quinze à vingt ans?* M. Bouchut aurait dû considérer les chiffres des décès de Paris comme les numérateurs dont les dénominateurs auraient été les chiffres annuels correspondants du nombre des croups observés à Paris ; mais... ces dénominateurs si désirables n'existent ni à Paris, ni à Genève, ni ailleurs.

On ne peut juger la fréquence nulle part d'une manière absolue ; la gravité relative ne peut se juger qu'à l'hôpital des Enfants.

Reste l'influence de la trachéotomie. Le croup, dit M. Bou-

chut, dans le temps de la pratique exclusivement médicale, comptait 7 à 9 décès sur 10 à Paris; sous le règne barbare de la chirurgie, on voit ses décès quintupler proportionnellement. Ainsi, sur 10 cas, la médecine en perdait 7 au moins; donc aujourd'hui on en perd (toujours suivant M. Bouchut) au moins 7 fois 5, c'est-à-dire 35 décès pour 10 croups. Il faut avouer que voilà une solution colossale.

Pour arriver à une pareille conclusion, nous avons supposé que la statistique soit exacte et d'une valeur incontestable.

Or, si les résultats que M. Trébuchet a su en tirer sur le mouvement de la population sont inattaquables, il n'en est plus de même au point de vue de l'analyse médicale.

Les qualifications morbides des décès sont si défectueuses, et d'ailleurs si difficiles à préciser, que les documents recueillis jusqu'à ce jour ne peuvent en aucune façon être utilisés.

Il suffit de citer deux ou trois résultats pour être compris. En faisant la répartition par âges des décès appartenant à diverses espèces morbides, on arrive à des contre-vérités comme celles-ci :

« L'homme meurt plus de fièvre typhoïde entre 75 et » 80 ans qu'entre 35 et 40 ans ! L'âge où il meurt le plus de » phthisiques est de 80 à 85 ans, entre 25 et 30 ans, puis » entre 85 et 90 ans. »

Et beaucoup d'autres énormités analogues qui se reproduisent régulièrement d'une année à l'autre.

Pour le croup, on y trouve plus de décès entre 0 et 1 an qu'entre 1 et 2 ans, et même qu'entre 4 et 6 ans, quoique toutes les statistiques constatent à l'unanimité la rareté du croup avant 1 an.

Voilà où aboutit l'enquête officielle des décès. Je tenais, messieurs, à mettre sous vos yeux ces réflexions de M. Marc d'Espine.

Ceux de nous qui, depuis vingt-cinq ans, ont suivi les épidémies de diphthérite qui ont frappé la capitale, ont pu se convaincre que la maladie avait, surtout depuis douze ou treize ans, pris non-seulement une extension considérable,

mais une forme beaucoup plus grave. Jusqu'en 1846 à peu près, la diphthérite ne s'était guère montrée sous forme épidémique, et les cas que l'on observait dans la ville présentaient tous les caractères si bien décrits par Bretonneau dans son traité, si bien indiqués par Guersant dans le *Dictionnaire de médecine*, où ce praticien recommandable confirmait de tout point ce qu'avait vu l'illustre médecin de Tours. Mais déjà l'année qui précéda sa mort, Guersant avait pu voir cette forme si grave de la maladie, qui, plus tard, devait enlever un de ses petits-fils, et qui, surtout dans ces dernières années, s'est montrée, tant à Paris que dans un certain nombre des départements, avec une violence qui rappelle tout à fait les épidémies du XVIe siècle.

La diphthérite décrite par Bretonneau commençait ordinairement par le pharynx, y restait confinée d'autant plus longtemps que le malade était moins jeune, donnant lieu généralement à peu de fièvre, n'intéressant presque pas le reste de l'économie, et se propageant au larynx d'une manière en quelque sorte fatale pour y constituer le croup. Mais depuis une dizaine d'années, à côté de cette forme relativement peu grave, on en observe une autre contre laquelle, jusqu'ici, toutes les ressources de l'art ont été à peu près impuissantes. Le pharynx est, il est vrai, le plus ordinairement envahi le premier ; mais, en peu de temps le mal s'étend aux narines, au canal nasal, quelquefois à la face interne des paupières ; et en même temps des symptômes ataxo-adynamiques se déclarent, le pouls prend une fréquence excessive, les ganglions du cou se gonflent démesurément, et souvent, quarante-huit heures après le début de la maladie, la mort survient sans que le larynx ait été assez intéressé pour que la maladie mérite alors le nom de croup. Il semble qu'un poison morbide ait été introduit dans l'économie, et l'ait intimement et rapidement modifiée. Que si, le mal étant un peu moins violent, une médication très énergique peut triompher des premiers accidents, la convalescence est lente, le sang reste profondément altéré, les tissus décolorés ; des phénomènes de paralysie se manifestent dans différents points, et durent

quelquefois plusieurs mois comme pour montrer à quel point les fonctions du système nerveux ont été atteintes par le venin morbide.

On comprend que, lorsque la diphthérite se montre avec ces caractères de grande sévérité, elle résiste presque toujours aux traitements les plus rationnels, et il serait bien injuste d'accuser la trachéotomie, puisque tous les médecins et les chirurgiens sont d'accord sur ce point, que, dans ce cas, elle ne doit pas être faite, et ils ne la font point.

Pour en finir avec les reproches que l'on adresse à la trachéotomie et avec la part qu'on lui fait dans la mortalité du croup, permettez-moi d'indiquer les circonstances dans lesquelles est ordinairement pratiquée cette opération.

Lorsqu'un médecin est appelé dans un cas de diphthérite, il institue le traitement qu'il croit le plus utile, et pas un, que je sache, ne propose la trachéotomie d'emblée : les vomitifs, les sangsues, les mercuriaux, les révulsifs, les prétendus spécifiques, tels que le chlorate ou le carbonate de potasse, les applications astringentes, substitutives, sont tout d'abord employés avec une énergie, avec une rapidité tumultueuses que légitiment, jusqu'à un certain point, et l'inquiétude des familles et la gravité du mal ; mais lorsque les accès de suffocation commencent, quand ils se rapprochent, l'imminence de la mort devient évidente, non-seulement pour le médecin, mais pour les parents eux-mêmes ; on porte l'enfant à l'hôpital s'il est pauvre ; on appelle un chirurgien si l'on a quelque aisance, et assez souvent l'enfant meurt avant que la chirurgie ait pu intervenir.

Cette année même, on m'apportait à l'Hôtel-Dieu deux enfants pour que je pratiquasse la trachéotomie. L'un d'eux mourut sous nos yeux pendant que l'on préparait l'appareil ; l'autre fut opéré pendant le cours de la visite, les accidents prenant une telle gravité qu'il nous fut impossible d'attendre un quart d'heure de plus ceux de nos collègues qui désiraient assister à l'opération.

Plus de vingt fois dans ma vie, mandé par mes confrères pour pratiquer la trachéotomie, quelque diligence que je fisse

pour me rendre à leur appel, je n'ai trouvé qu'un cadavre lorsque je suis arrivé. A l'hôpital des Enfants malades, à l'hôpital Sainte-Eugénie, auquel appartient M. Bouchut, dans la ville, jamais on n'opère que lorsque l'on croit que toute autre chance de salut est enlevée. Dans quelques circonstances, la trachéotomie est pratiquée alors que l'enfant a encore quelques heures à vivre; mais c'est dans le cas où le chirurgien ne pourrait, sans imprudence, attendre la nuit, par exemple, pendant laquelle il n'aurait pas à sa disposition les aides nécessaires : la trachéotomie est donc faite, ou bien lorsque toute chance de succès par les médications internes a disparu, ou bien quand la mort est imminente. Dites, si vous le voulez, que la trachéotomie ne leur sert à rien, mais ne dites pas que la trachéotomie les fait mourir; cette accusation n'est pas seulement une erreur, c'est quelque chose de pire.

Admettons maintenant que, dans un quart des cas, la trachéotomie soit faite chez des enfants qui eussent guéri sans l'opération, et qu'elle les tue; si, d'un autre côté, on guérit un quart des individus que l'on trachéotomise, et chez lesquels la mort était inévitable, il y a compensation, et l'on n'a pas le droit d'imputer à la trachéotomie la mortalité du croup. L'Académie comprendra qu'en faisant une pareille concession, je n'exprime ni mon opinion, ni celle des autres membres de la commission, et que je ne m'en suis servi que comme d'un argument extrême.

M. Bouchut pardonne à la trachéotomie, il l'accepte, il la pratique lui-même, il la proclame comme un moyen utile que le médecin n'a pas le droit de ne pas employer, mais à la condition que l'asphyxie sera portée au point d'avoir amené l'anesthésie.

Déjà M. le docteur Faure, dans des expériences extrêmement remarquables, dans un des plus beaux travaux qui jamais aient été publiés sur l'asphyxie, avait démontré que les individus qui avaient été asphyxiés étaient anesthésiques, lors même qu'ils avaient recouvré leur intelligence et leur motilité. Au commencement de cette année, M. le docteur Demarquay constatait l'anesthésie chez les individus qui, à la suite d'une

maladie chronique du larynx, arrivaient à la période asphyxique; il en faisait, au mois de mai dernier, l'objet d'une communication à la Société médicale du 2e arrondissement, et à la Société de chirurgie, les 21 et 28 juillet, comme en font foi les procès-verbaux.

Un peu plus tard, M. Bouchut constatait également l'anesthésie chez les enfants qui étaient près de succomber à l'asphyxie croupale. Pour M. Bouchut, tant que cette anesthésie n'est pas arrivée, on ne doit pas pratiquer la trachéotomie, on la doit faire dès que l'on peut constater l'anesthésie; cela revient à dire, en d'autres termes, que l'on ne doit pratiquer la trachéotomie que dans la période extrême du croup. Ce précepte a été donné depuis longtemps, et moi-même, pendant de longues années, je n'ai cessé de le proclamer; seulement, comme je ne connaissais pas le signe découvert par M. Faure dans l'asphyxie, et appliqué plus tard aux maladies du larynx par MM. Demarquay et Bouchut, je jugeais, comme nous jugeons tous, qu'un enfant était arrivé à la période extrême du croup par la teinte bleuâtre ou par l'extrême pâleur du visage, par l'enfoncement énorme de la partie inférieure du sternum dans les inspirations, par l'absence totale du murmure vésiculaire dans les poumons, par l'extrême fréquence et la petitesse du pouls, par une sorte de quiétude succédant aux efforts d'une lutte violente et suprême, enfin par un je ne sais quoi qui imprime sur le visage les signes d'une mort prochaine, et qu'il est impossible de décrire.

J'y ajouterais volontiers l'anesthésie, s'il n'était souvent incertain et toujours périlleux de l'attendre. En effet, les recherches récentes de MM. Roger et Sée ont fait voir que lorsque la mort par suffocation croupale est tellement imminente qu'un enfant ne paraît pas avoir un quart d'heure à vivre, l'anesthésie peut ne pas exister, ou, si elle existe, être inégalement répartie dans diverses portions du corps.

Un des membres de votre commission, M. Blache, et M. Bouvier, notre collègue, ainsi que M. Sée, ont pu, tout récemment, constater la persistance de la sensibilité chez un enfant qui mourut cinq minutes après cette constatation. Moi-

même, le mois dernier, appelé à Versailles en consultation pour un jeune enfant atteint du croup, qui fut opéré par M. le docteur Louis Pénard, j'ai pu, ainsi que ce médecin recommandable, faire la même observation que M. Blache. Je pinçai le bras de l'enfant, il le retira vivement, et tournant du côté de sa mère son visage qui exprimait la souffrance, il lui dit d'une voix étouffée : « *Maman, il me fait mal.* » L'anesthésie n'est donc pas un signe certain de l'imminence de la mort, et les signes que nous avons indiqués plus haut sont bien autrement sûrs.

En effet, lorsque ces signes existeront, je déclarerai avec une certitude presque mathématique, que la mort, et qu'une mort prochaine est inévitable ; je dirai hautement que, dans ce cas, la trachéotomie est un devoir pour le médecin ; et si l'enfant meurt, j'aurai une égale certitude que mon opération n'y a été pour rien, et que, par conséquent, personne n'a le droit de mettre sur le compte de cette opération la mortalité plus grande du croup.

Il est vrai que dans les premiers temps de ma pratique, je ne voulais faire la trachéotomie que dans la période extrême du croup : c'était le précepte de mon maître, M. Bretonneau, c'était devenu le mien ; mais plusieurs fois, en différant l'opération, j'avais trouvé le malade mort quand je revenais près de lui ; d'un autre côté, dans quelques circonstances, il m'avait paru que la stupeur asphyxique se continuait, après qu'une voie avait été ouverte à l'air extérieur, et les enfants mouraient peu de temps après l'opération, alors même qu'ils paraissaient bien respirer. Il en était de ces malades comme des asphyxiés de M. Faure, lesquels, retirés du milieu où ils avaient trouvé une mort apparente, stimulés par un air vivifiant, par la flagellation, par l'ustion de la partie supérieure de la poitrine, recouvraient leur intelligence, leurs mouvements, demandaient grâce à l'habile expérimentateur, au médecin intelligent, mais sévère, et retombaient dans la stupeur asphyxique, du moment que ces excitations violentes et salutaires leur faisaient défaut.

Je m'écartai donc de la règle que m'avait tracée mon maître

et que je m'étais moi-même tracée ; je pensai qu'il serait plus utile de faire la trachéotomie avant que la mort fût imminente, mais lorsque pourtant toute chance de guérison par les moyens ordinaires paraissait enlevée, et l'on a vu, d'après les statistiques de MM. Roger et Sée, combien sont plus nombreux les succès lorsque l'on suit cette règle.

Certes, messieurs, il ne faut pas une grande habitude des malades, et surtout d'une maladie comme le croup, pour juger avec une certitude presque absolue de l'issue prochaine du mal. Dans des maladies aiguës, où des perturbations nerveuses jouent un si grand rôle, il n'est pas toujours facile de pressentir des modifications qui vont déjouer nos prévisions ; mais quand il s'agit d'une maladie qui tue par un obstacle mécanique, quand nous voyons cet obstacle par les yeux de l'intelligence, quand nous pouvons mesurer son étendue, son accroissement, nous pouvons prévoir ce qui va arriver, et presque jamais nous ne nous trompons.

Il est bien vrai que dans quelques cas, malheureusement trop rares, un enfant rejette une fausse membrane, et que tout à coup il semble renaître à la vie ; mais nous savons tous que, le plus ordinairement, la fausse membrane se reforme, et qu'elle pénètre encore plus profondément dans les voies aériennes ; de sorte que l'expérience prouve que les chances de la trachéotomie, et par conséquent de la guérison définitive, sont moins nombreuses chez les enfants qui ont rendu des fausses membranes que chez ceux qui n'en ont pas rendu. Il est bien entendu, pourtant, que cette loi si fatale souffre quelques exceptions, car tous nous avons vu des enfants guérir du croup, après avoir rendu une et plusieurs fausses membranes.

J'en veux arriver à ce point, que, de toutes les maladies de l'enfance, le croup est, certes, celle dont le pronostic est ordinairement le plus facile ; si bien que quand un ou plusieurs médecins, appelés pour un cas de ce genre, jugent que la mort est inévitable, on peut affirmer qu'ils se trompent très rarement, et que, par conséquent, le pire résultat que puisse amener la trachéotomie, c'est de ne faire aucun bien.

Voyons maintenant si la trachéotomie est en elle-même une opération périlleuse, comme on le dit. Nous interrogerons ensuite les faits, et nous verrons si elle ne compte pas autant de succès que la plupart des opérations chirurgicales qui sont tous les jours tentées. Les plaies du cou qui intéressent la trachée-artère, et qui sont le résultat soit d'un assassinat, soit d'un suicide, guérissent avec une facilité merveilleuse, quand de gros vaisseaux ne sont pas intéressés.

Je suis convaincu qu'il n'existe pas dans la science beaucoup de morts résultant de trachéotomies faites pour extraire un corps étranger des voies aériennes. J'ai supposé que l'opération était pratiquée par des mains expérimentées. Si les blessures du larynx et de la trachée, si la trachéotomie faite méthodiquement dans le cas que nous venons d'indiquer tout à l'heure, ont tant d'innocuité, qui ne voit que si les enfants atteints du croup meurent après la trachéotomie, la mort doit être imputée bien plutôt à la maladie qu'à l'opération qui lui a été opposée et qui n'a pu en enrayer la marche?

Il faut dire pourtant que, dans un grand nombre de cas, la plaie du cou se recouvre de fausses membranes et devient ainsi la cause d'une inflammation de très mauvais caractère et d'une infection diphthéritique plus profonde; dans ce sens, la trachéotomie constituerait donc un véritable danger, non en tant qu'opération chirurgicale, mais en tant que surface saignante ouverte à la contagion de la diphthérite : elle est alors dangereuse comme le sont les vésicatoires, et elle ne l'est guère davantage.

Examinons-en maintenant l'autre point.

Nous avons vu qu'à l'hôpital des Enfants malades, il était interdit aux élèves de faire la trachéotomie, à moins que la mort ne fût imminente ou que toute chance de salut par les moyens ordinaires ne fût évidente; ils ont l'ordre de toujours attendre la venue du chef de service et du chirurgien de l'hôpital, tant que la chose ne leur paraît pas dangereuse : or, dans les dix années qui viennent de s'écouler, 466 opérations ont été pratiquées à l'hôpital des Enfants; toutes les fois la mort avait été considérée comme inévitable par les élèves ou

par les chefs de service, et 127 enfants ont été rendus à la vie. M. Bouchut nous dira peut-être que le jugement qui avait été porté sur l'imminence de la mort était un jugement hasardé; l'Académie appréciera la valeur de cet argument.

L'Académie appréciera aussi les déplorables circonstances dans lesquelles se trouvent les jeunes malades amenés à l'hôpital des Enfants; là les attendent toutes les pyrexies contagieuses, toutes les influences nosocomiales occultes qui viennent renverser les espérances les mieux fondées du chirurgien qui avait ouvert la trachée. Pourtant, lorsque plus du quart des malades guérissent, n'a-t-on pas lieu de rendre des actions de grâces à l'illustre et vénérable médecin de Tours qui, le premier, a pratiqué avec succès cette opération et en a tracé les règles?

Si j'ai parlé de l'hôpital des Enfants, c'est que là les choses se font au grand jour : six chefs de service, de nombreux élèves appartenant à l'hôpital, des étudiants en médecine plus nombreux encore venant suivre les cliniques, une administration jalouse et quelquefois peu bienveillante, contrôlent successivement ou en même temps les faits que personne ne dérobe à la critique de tous.

Si maintenant je passe à la pratique privée, je trouve des résultats beaucoup plus satisfaisants, et qui doivent l'être.

Dans les premiers temps que la trachéotomie était faite, nous manquions tous d'expérience, et les exemples donnés par Bretonneau étaient trop peu nombreux pour qu'ils pussent servir de règle absolue. L'opération, en tant que manuel opératoire, ne différait pas beaucoup de ce qu'elle est aujourd'hui; mais on ne connaissait pas l'influence de certains soins consécutifs très essentiels, de ces petites pratiques, de ces détails en apparence futiles, de ces *quædam magni momenti minutiæ*, comme disait Stoll, qui font, dans la grande comme dans la petite chirurgie, le succès de l'opération. Dans les dix premières années de ma pratique, je sauvais à peine un quart des malades; dans les derniers temps, je suis arrivé, dans des séries heureuses, à sauver les deux tiers. Les résultats de M. Guersant sont tout aussi satisfaisants, et plusieurs jeunes

médecins qui, depuis un certain nombre d'années, me remplacent dans la pratique d'une opération pour laquelle il faut plus de jeunesse que je n'en ai, arrivent au même résultat. Ainsi je citerai MM. Archambault, Beylard, Moynier, etc.

Cette année encore, sur six trachéotomies faites à l'Hôtel-Dieu, dans la petite salle d'enfants annexée au service de clinique des adultes, deux, c'est-à-dire le tiers, ont été suivies de succès. Ces faits se sont passés en présence de la plupart de mes collègues de l'Hôtel-Dieu et des personnes qui suivaient la visite.

On a pu voir dans les journaux de médecine que, dans un très grand nombre de départements où l'on opère les enfants atteints de croup, dans la période extrême du mal, la proportion des guérisons est plus grande encore que celle que l'on obtient à Paris; et les médecins qui recourent à l'opération, loin de partager l'opinion de M. Bouchut, sont au contraire parfaitement convaincus qu'ils eussent compté un bien plus grand nombre de morts s'ils n'avaient pas eu recours à la trachéotomie.

J'arrive maintenant à un autre point qui n'est pas moins important, je veux parler du traitement topique, auquel M. Bouchut semble vouloir faire partager les méfaits qu'il impute à la trachéotomie.

Pour tout médecin qui lira sans prévention le *Traité de la diphthérite* de Bretonneau, il résultera cette conviction que le traitement topique, sous toutes ses formes, a une puissance immense. Pour bien juger cette question, il faut voir les allures de l'angine diphthéritique abandonnée à elle-même ou traitée par une médication générale.

J'engage ceux qui imputent la mortalité à l'emploi des moyens caustiques, cathérétiques ou astringents, à lire la thèse de M. le docteur Ferrand, qui se trouve dans la collection de notre Faculté. Il exerçait à la Chapelle-Véronge, en qualité d'officier de santé, avant de prendre le grade de docteur; une épidémie d'angine diphthéritique se déclara : les médications indirectes les plus variées furent mises en œuvre; jamais de topiques ne furent appliqués sur les amygdales :

sur 60 malades, il en mourut juste 60. C'est le médecin traitant lui-même qui en fait l'aveu avec une franchise qui l'honore.

Au printemps de 1828, M. le docteur Ramon, notre collègue M. Leblanc et moi, recevions de M. de Martignac, ministre de l'intérieur, la mission d'étudier les maladies endémiques et épidémiques, enzootiques et épizootiques qui sévissaient dans l'ancienne Sologne et dans quelques autres portions des départements du Loiret, du Cher, de l'Indre et de Loir-et-Cher. Au mois de mai nous arrivions dans deux fermes contiguës, situées à 500 ou 600 mètres sud-est du château de la Ferté-Beauharnais; elles renfermaient, le mois précédent, dix-sept personnes : le 10 mai il n'en restait plus que deux, une jeune bergère de dix-sept ans et le chef de la famille. La jeune fille, au lieu de se confier au médecin, avait eu recours au curé de la paroisse de Tremblevif, lequel avait cautérisé plusieurs fois la gorge avec l'esprit-de-sel, c'est-à-dire avec l'acide chlorhydrique, suivant en cela la pratique de Van Swieten et celle de Marteau de Grandvilliers.

Je trouvai le seul homme qui survécût à cette grande catastrophe assis, morne, au coin de sa cheminée, attendant la mort, qu'il croyait inévitable : il avait l'angine maligne depuis trois jours. Je réveillai son courage et ses espérances; je fis usage, moi aussi, de l'esprit-de-sel et de l'alun, que mon maître, M. Bretonneau, m'avait instruit à employer : et tandis que les quinze autres personnes étaient mortes après avoir fait usage de vomitifs, de sangsues, de vésicatoires, les deux seules qui survécurent avaient été traitées par des moyens exclusivement topiques.

A la même époque, dans la commune de Marcilly-en-Villette, située à 16 kilomètres au sud d'Orléans, 66 personnes avaient succombé à l'angine croupale, sur une population d'à peu près 600 individus; pas un seul malade n'avait été guéri. Les médecins des communes environnantes avaient renoncé à donner des secours, que d'ailleurs on ne leur demandait plus, et quand nous arrivâmes dans le village désolé qui nous avait été signalé par le préfet du Loiret, le curé, qui

nous avait remis la table exacte de la mortalité de la commune, nous raconta que, depuis quelque temps, les ravages de l'épidémie étaient arrêtés, grâce à l'intervention d'une femme du pays, qui seule aujourd'hui traitait les malades de ce que l'on appelait *le mal de gorge blanc*. Nous vîmes cette femme; nous vîmes surtout un certain nombre de malades qu'elle avait encore en traitement : nous pûmes constater des guérisons auxquelles nous n'eûmes aucune part, et nous apprîmes de la vieille empirique qu'elle barbouillait la gorge plusieurs fois par jour avec un mélange d'alun et de vinaigre, et qu'elle faisait gargariser les malades avec une solution alumineuse vinaigrée. Partout où des médications générales étaient employées, la mort arrivait presque invariablement, et la mortalité diminua immédiatement dès que l'on eut recours à l'emploi local de l'alun, de l'acide chlorhydrique ou du nitrate d'argent.

Tout dernièrement encore entrait dans ma salle des nourrices de l'Hôtel-Dieu une femme qui venait de perdre l'aîné de ses enfants; elle était atteinte d'angine diphthéritique pharyngienne, ainsi que l'enfant qu'elle allaitait encore : ils guérirent par l'emploi du nitrate d'argent. Je sais bien que quand le mal est propagé dans les narines ou dans le larynx, la médication topique est le plus ordinairement impuissante; je sais encore que lorsque le mal semble borné aux amygdales, et que la diphthérite prend la forme maligne dont j'ai parlé plus haut, les topiques ne réussissent pas plus que les médications indirectes. Je sais que lorsque certains médecins chargent imprudemment une grosse éponge d'une grande quantité d'acide chlorhydrique ou de solution saturée de nitrate d'argent, ils vont brûler l'intérieur de la bouche, la langue, le pharynx, et causent des accidents inflammatoires, qui souvent ne sont pas sans un très grand danger. Mais je sais encore mieux que si les cautérisations sont faites avec énergie, mais seulement sur le point malade; si des insufflations d'alun ou de tannin, qui sont toujours innocentes, sont pratiquées à plusieurs reprises; si l'on s'abstient d'appliquer des sangsues ou des vésicatoires; si l'on ne donne pas de vomitifs ou

si l'on n'en donne que très peu, si l'on alimente convenablement les enfants, on sauve le plus grand nombre de malades; et ceux chez lesquels la fausse membrane vient à se développer dans le larynx et à causer la suffocation se trouvent placés dans les conditions les plus favorables à la réussite de la trachéotomie, employée comme ressource extrême.

Aussi est-ce avec un vif sentiment de chagrin que je vois se perdre les excellentes traditions des médecins du siècle passé et celles de M. Bretonneau ; aussi est-ce avec une profonde douleur que je vois des médecins recommandables, découragés par des insuccès inévitables, se croiser en quelque sorte les bras devant la plus terrible des maladies de l'enfance, et se résigner à une inaction que je crois coupable.

Je viens d'exposer à la Compagnie, en quelque sorte, le bilan de la trachéotomie; exposons maintenant celui du tubage laryngé.

M. Bouchut vous a lu deux observations; il a fait parvenir à la commission le résumé de cinq autres cas. Nous en donnons ici le compte rendu très succinct :

Obs. I. — La première fois que le tubage est pratiqué, c'est sur une fille affectée de diphthérite des oreilles, du bras, du larynx, ayant amené l'asphyxie avec cyanose et anesthésie complète. Le tube est resté trente-six heures en place dans la glotte, et le larynx a pu être désobstrué de ses fausses membranes; l'empoisonnement diphthéritique et une pneumonie ont fait périr la malade, mais elle était guérie du croup, et la canule l'avait préservée de l'asphyxie et de la trachéotomie.

Obs. II. — Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de trois ans et demi, affecté de croup, avec un commencement d'asphyxie. La virole introduite est restée quarante-deux heures en place, sans gêner les fonctions de l'épiglotte ni amener d'accès de suffocation. Par elle ont pu s'échapper à deux reprises de larges morceaux tubulés de fausses membranes provenant des bronches, et l'enfant a d'abord échappé à l'asphyxie. Peu à peu, cependant, l'obstacle à l'entrée de l'air

s'est reproduit; il y a eu menace de suffocation, la mort a paru inévitable, et la trachéotomie, qui avait pu être reculée de deux jours, est devenue nécessaire. L'enfant a guéri.

Obs. III. — Fille de quatre ans, angine couenneuse et laryngée. Cautérisation des amygdales par le fer rouge, soulagement momentané. Suffocation ultérieure; tubage pendant une heure, pas de soulagement. Trachéotomie : continuation de l'asphyxie, mort au bout de douze heures.

Obs. IV. — Le petit-fils de M. Laroze, affecté d'angine couenneuse et de croup à la troisième période, avec anesthésie; enfant de quatre ans. Tubage, retour de la sensibilité; au bout de douze heures, asphyxie nouvelle et anesthésie; mort. — Le tube, de 11 millimètres de diamètre, retiré par le docteur Laroze, était libre de tout obstale; l'enfant avait pu rejeter des fausses membranes, cracher et vomir sous l'influence de l'émétique, sans rejeter le tube glottique.

Obs. V. — Garçon de cinq ans et demi, affecté d'angine couenneuse et de croup anesthésique, c'est-à-dire à la troisième période. Tubage avec un tube de 11 millimètres, pendant dix-neuf heures, sans suffocation; en le retirant, on amène des fausses membranes et l'enfant respire bien. Au bout de trois heures suffocation, nouveau tubage; la suffocation continue sans anesthésie, et l'on fait la trachéotomie. Il ne sort pas de fausses membranes et l'enfant meurt peu après. L'autopsie a démontré qu'il n'y avait plus de fausse membrane dans le larynx, qui était complétement libre : ce fut une trachéotomie inutile.

Obs. VI. — Garçon de six ans, affecté d'angine couenneuse et de croup, avec cyanose et anesthésie complète; tubage, sortie d'un morceau de fausse membrane et disparition de l'anesthésie. Au bout de huit heures, asphyxie nouvelle, mort imminente, et peu après trachéotomie, qui amène un soulagement immédiat. Cet enfant a été pris, dans sa convalescence, d'une pleurésie et d'une anasarque. Toutefois il a guéri.

Obs. VII. — Fille de treize ans et demi, affectée d'angine couenneuse et de croup, avec cyanose et demi-anesthésie. Tubage : disparition de la cyanose et sortie d'un fragment de

fausse membrane; au bout d'une heure, retour de l'asphyxie, avec cyanose et anesthésie complète. Trachéotomie : persistance des phénomènes d'asphyxie et mort. Les ramifications bronchiques étaient envahies jusque dans leurs dernières extrémités par les fausses membranes.

Le tubage a donc été pratiqué sept fois, sept fois la mort n'a pu être conjurée; les deux seuls qui ont guéri ont subi la trachéotomie, pratiquée *in extremis*. Certes de pareils résultats ne sont point encourageants, et M. Bouchut, qui accusait si facilement la trachéotomie, n'aurait pas le droit de trouver sévères ceux qui voudraient jeter quelque blâme sur le tubage.

Nous devons toutefois à l'impartialité de dire que nous ne croyons pas le tubage cause de la mort chez ces sept enfants, pas plus que nous n'accusons la trachéotomie de la mort de ceux chez lesquels elle est pratiquée.

Le tubage du larynx n'a tué aucun enfant; il paraît, chez plusieurs, avoir retardé la mort, et nous avons la certitude qu'il ne l'a accélérée chez aucun. Dans notre opinion, mieux eût valu pratiquer la trachéotomie dès que toutes les ressources médicales semblaient épuisées.

Est-ce à dire que le tubage soit un procédé qu'il faille absolument rejeter? Nous ne le pensons pas. Le procédé est encore nouveau, et l'on doit espérer que chaque jour apportera un perfectionnement, et que, dans un avenir prochain, le tubage du larynx aura à enregistrer quelques succès positifs; et si l'avenir prouvait que, dans les laryngites aiguës simples, qui tuent quelquefois par occlusion laryngée, le tubage, pratiqué pendant quelques heures, a empêché la mort et laissé le temps d'agir à des médications utiles, M. Bouchut aurait rendu à la médecine un service de plus. En attendant, votre commission doit se borner aux conclusions suivantes :

1° Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif.

2° Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie, et quelquefois de traiter et de guérir la maladie.

3° Dans le traitement du croup, il retarde quelquefois l'asphyxie, et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique.

4° Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup dès que les ressources médicales semblent épuisées.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, par M. le docteur Civiale. 3e édition, tomes I et II.

Le Progrès, n. 44.

Montpellier médical, n. 6.

La Revue thérapeutique du Midi, 30 octobre.

Bulletin général de thérapeutique, 30 octobre.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. Novembre.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 3.

Annuaire de la Société météorologique de France, feuilles 9 à 14.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 44.

L'Abeille médicale, n. 44.

Gazette médicale de Paris, n. 44.

La France médicale, n. 44.

Gazette des hôpitaux, n. 127 et 128.

L'Union médicale, n. 128 et 129.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 128 et 129.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 17.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes accuse réception du rapport fait par l'Académie, à la demande de la Faculté de médecine de Caracas, sur une question chirurgicale.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Une brochure de M. le docteur LALAGADE *sur le virus vaccin d'enfant et de revacciné.*

II. Un mémoire de M. le docteur DESMARQUETTE *sur les maladies des ouvriers mineurs*, occupés aux houillères de Billy, Montigny, Couvrières et Dourges. (*Commissaire :* M. Devergie.)

III. Une caisse d'échantillon d'eau minérale provenant d'une source située à Encausse (Haute-Garonne), pour être analysée dans le laboratoire de l'Académie. (*Commission des eaux minérales.*)

IV. Le rapport de M. le docteur YVONNEAU *sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans la commune de Suèvres* (Loir-et-Cher). (*Commission des épidémies.*)

V. Les recettes et échantillons d'une préparation contre les maux d'yeux, et d'un chocolat médicamenteux. — Plusieurs certificats constatant les bons effets qu'auraient obtenus leurs auteurs par l'emploi d'un élixir soumis à l'Académie par le sieur BRYON. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

VI. Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Dordogne, en 1857. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le professeur ADAMOWICZ (de Vilna), adresse à l'Académie deux ouvrages de sa composition (*voir la correspondance imprimée*), avec la liste de ses titres à la place de correspondant étranger, place pour laquelle il se porte candidat. (*Réservé pour la future commission.*)

II. M. le docteur SIRUS-PIRONDI envoie également la liste de ses titres à la place de correspondant national. (*Renvoi à la commission.*)

III. M. le docteur BOUCHUT adresse à l'Académie une note relative à la statistique du croup et aux opérations de trachéotomie pratiquées par plusieurs praticiens.

IV. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris envoie à l'Académie plusieurs lettres d'invitation à la séance de rentrée de cette Faculté.

V. M. VICTOR MASSON écrit la lettre suivante :

« Monsieur le président, j'ai l'honneur de vous adresser un exemplaire de mes dernières publications. J'ose espérer que l'Académie daignera accueillir cet hommage avec la même bienveillance dont elle a usé à mon égard lors de précédents envois, et qu'elle accordera une place dans sa bibliothèque à ces quelques volumes. »

VI. M. PAUL ESTORER Y SIGUÈS soumet à l'Académie, avec deux brochures explicatives, un produit qu'il désigne sous le nom de *escorsonera* ou *serpentine*, et qui, selon lui, aurait la propriété de guérir les morsures des vipères. (*Renvoi à l'examen de M. Duméril.*)

VII. *De la clavelée et de la clavélisation*, mémoire en deux parties de M. DONNARIEIX, vétérinaire à Saint-Fargeau. (*Commissaires :* MM. Bouley et Leblanc.)

—

LECTURES.

M. Girard, vétérinaire à la garde de Paris, donne lecture d'un travail intitulé : *Des frictions et du massage seuls dans le traitement des entorses de l'homme.* (*Commissaires :* MM. Nélaton, Bouley et Malgaigne.)

Discussion sur le rapport de M. Trousseau.

M. Bouvier : Ce n'est pas pour attaquer le savant rapport de M. Trousseau que je prends la parole, mais pour le défendre contre un adversaire redoutable dont la voix puissante nous est bien connue, contre M. Trousseau lui-même. Je prends parti pour l'auteur du rapport contre le rédacteur des conclusions. Il semble que ce ne soit pas la même personne.

M. Bouvier s'attache à faire ressortir, en comparant les conclusions aux passages du rapport sur lesquels elles sont basées, qu'elles ne sont pas l'expression tout à fait exacte des opinions formulées dans ces divers passages.

A propos des laryngites aiguës, le rapport dit que l'*on comprend* que le tubage *puisse* et doive empêcher la mort, et que *si l'avenir prouvait* qu'il en est réellement ainsi, M. Bouchut aurait rendu à la médecine un service de plus.

La première conclusion, au contraire, est ainsi conçue : « Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, *peut*, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif. »

M. Bouvier propose, afin de rester dans l'esprit du rapport, de substituer à cette conclusion la suivante : « Il se pourrait que le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, devînt, en retardant l'asphyxie, un moyen curatif ; mais il faut de nouveaux faits pour qu'on puisse se prononcer à cet égard. »

Il en est de même pour les maladies chroniques du larynx auxquelles se rapporte la deuxième conclusion. M. Bouvier ne parle ici, d'après le rapport, que de l'œdème de la glotte. L'utilité du tubage dans cette affection est *probable* d'après le texte du rapport ; mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit,

et il n'y a rien qui autorise à dire que, dans les maladies chroniques, le tubage « *peut* permettre de retarder la trachéotomie, et quelquefois de traiter et de guérir la maladie. »

Cette assertion ne repose sur aucun fait, comme la rédaction pourrait le faire croire. C'est donc une conclusion à modifier considérablement, si on ne la supprime tout à fait.

A l'occasion du croup, c'est-à-dire de la question la plus importante, le rapport dit d'abord qu'*à priori* le tubage *doit* retarder, et *peut-être* empêcher complétement l'asphyxie. Puis, en analysant les cas dans lesquels le tubage a été pratiqué, M. Trousseau reconnaît seulement qu'il *paraît*, chez plusieurs enfants, avoir retardé la mort, et il ajoute qu'il eût mieux valu pratiquer la trachéotomie dès que les ressources médicales semblaient épuisées. M. Bouvier s'associe pleinement à cette opinion, et il rappelle que, sur 7 enfants traités par le tubage, 2 ont été guéris par la trachéotomie, et pas un par le tubage.

Plus loin, à la vérité, M. Trousseau réserve sagement l'avenir, en disant que l'on *doit espérer* que, dans un *avenir* prochain, le tubage aura à enregistrer quelques succès positifs.

Mais ce ne sont là que des espérances, poursuit M. Bouvier, et l'on ne peut s'en prévaloir contre les faits et contre le texte que je viens de rappeler pour dire (troisième conclusion) : « Dans le traitement du croup, le tubage *retarde* quelquefois l'asphyxie, et *permet* d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique. »

Vous venez de prouver que le tubage n'a *jamais* pu suppléer à la trachéotomie dans les sept faits rapportés par M. Bouchut, et pourtant vous dites dans la quatrième conclusion : « Il ne peut que *bien rarement* suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup, etc. »

Je remplacerais volontiers, pour mon compte, ces deux conclusions par la suivante :

« Les faits recueillis jusqu'à ce jour par M. Bouchut, quelque espérance qu'ils donnent pour l'avenir, sont insuffisants pour démontrer que le tubage du larynx retarde l'asphyxie, et qu'il

puisse suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup dès que les ressources médicales semblent épuisées. »

Il faudra effectivement des faits nouveaux, car ceux que nous possédons sont si peu probants, que, même parmi les témoins oculaires, on les commente fort différemment. M. Bouchut les croit favorables; il affirme que le tubage est une opération *innocente*, et le même jour un autre témoin oculaire avoue que le tubage lui a semblé *avancer le terme de l'asphyxie* chez ces mêmes malades! (*Union médicale* du 9 novembre.)

Un dernier mot, messieurs. Placé, comme je le suis, à l'hôpital des Enfants, témoin souvent actif, au moins par le conseil, des opérations de trachéotomie qui s'y pratiquent, je dois repousser ici une imputation grave formulée en ces termes par M. Bouchut :

« C'est, dit-il, une opération que M. Trousseau propose... pour les cas *où l'asphyxie n'existe pas encore*.... c'est la pratique de l'hôpital des Enfants... Nous ne pouvons comprendre cette manière de faire.... ouvrir la trachée d'un enfant *dans la crainte d'une asphyxie qui menace de se produire*, qui n'existera que demain ou qui ne viendra peut-être jamais, me paraît la conséquence d'un enthousiasme irréfléchi.... Évitons toutes les exagérations.... n'allons pas...., à l'exemple de Louis et de Caron, et *par crainte d'une asphyxie prochaine* chez nos malades, faire une trachéotomie *prématurée* qui n'aurait d'autre avantage que d'exercer la main des opérateurs. » (*Gazette des hôpitaux* du 9 novembre.)

Je proteste contre ce langage au nom de tout le personnel médical de l'hôpital des Enfants, et j'affirme que la trachéotomie n'y est pratiquée dans le croup que lorsqu'il est bien reconnu, d'après les lumières actuelles de la science, que c'est la seule ressource qui puisse sauver les malades.

— M. le Président rappelle aux orateurs qu'il s'agit ici d'un fait étranger à l'Académie.

— M. Trousseau : Je m'associe entièrement aux dernières

paroles de M. Bouvier, et j'avoue que l'accusation dont les médecins de l'hôpital des Enfants viennent d'être l'objet m'a plus qu'ému, elle m'a profondément indigné.

— M. Gibert : Je proteste contre les expressions qui viennent d'échapper à M. Trousseau.

— M. Trousseau : Vous avez peut-être vos raisons pour le faire.

— M. Gibert : L'Académie ne peut tolérer qu'un médecin étranger soit attaqué ici dans des termes pareils.

— M. Trousseau : J'en ai le droit, et il est malheureux que vous le défendiez. Quand j'entends proclamer à la face de tout le monde que des médecins seraient capables de faire une opération plus qu'inutile, uniquement pour s'exercer la main, je ne puis flétrir assez haut une aussi ignoble accusation.

— M. le Président engage M. Trousseau à ne pas développer cet argument

— M. Trousseau : Je me conforme à la volonté de M. le président, et je reviens à autre chose.

Lorsque M. Bouvier me reprochait d'avoir été plus indulgent dans mes conclusions que dans le rapport même, il disait vrai. Je me souvenais, je l'avoue, que j'ai eu l'honneur d'avoir M. Bouchut pour interne autrefois, qu'un peu d'indulgence est tout à la fois un privilége et un devoir pour le rapporteur d'une commission. Mais en voulant atténuer les égarements de M. Bouchut, je n'ai pas été assez sévère, et j'ai eu tort.

J'accepte volontiers la rédaction que M. Bouvier propose pour la première conclusion ; pour le fond, nous sommes parfaitement d'accord, et c'est la pensée même de M. Bouvier que je voulais exprimer en disant que le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif. Pour moi, *peut* valait un *peut-être*.

De même, dans la deuxième conclusion, je dirai volontiers

que le tubage *pourrait* peut-être permettre de retarder la trachéotomie dans certaines maladies chroniques du larynx; mais il me reste à faire une rectification au sujet de cette conclusion. M. Bouvier n'a pas tout à fait compris à quels passages du rapport cette conclusion correspond, et je ne lui en fais d'ailleurs pas de reproche.

Parmi les maladies chroniques du larynx, celles que le tubage peut quelquefois permettre de traiter et de guérir sont celles qu'on peut traiter efficacement, pour peu qu'il soit possible de faire cesser l'asphyxie pendant quelque temps; c'est surtout l'angine syphilitique. Vous savez tous que, dans cette affection, tout est gagné si l'on peut empêcher le malade d'étouffer pendant le temps nécessaire pour imprimer à l'économie une modification profonde par le mercure ou par l'iodure de potassium.

Je disais que, dans d'autres cas, le tubage pourrait retarder la trachéotomie (et non en dispenser); j'avais encore ici les nécroses du larynx qui se compliquent si souvent de l'affection dite œdème aigu de la glotte, de même qu'ailleurs les nécroses deviennent causes d'érysipèles. Ces érysipèles reviennent deux, quatre et six fois, à intervalles variables, et menacent chaque fois le malade d'asphyxie, avant qu'un degré plus avancé ne laisse plus d'autre ressource que la trachéotomie.

Supposez que, dans une de ces attaques d'érysipèle, l'asphyxie menace, mais que la famille refuse la trachéotomie, le tubage pourra au moins retarder le moment où cette dernière ressource est la seule qui puisse sauver le malade.

Je ne puis pas abandonner non plus à M. Bouvier la troisième conclusion. Quand une commission est chargée d'examiner un travail, elle n'a pas mission de discuter l'authenticité des faits sur lesquels il est basé; son devoir est de supposer qu'ils sont rigoureusement exacts.

Or, il est dit dans les sept observations de M. Bouchut que les enfants, arrivés à la dernière phase de l'asphyxie, respiraient plus librement après l'introduction de la canule et qu'ils semblaient se trouver mieux pendant quelques heures. Je

pouvais et je devais donc dire que, dans ce traitement du croup, le tubage peut retarder l'asphyxie. Cela ne ressort, d'ailleurs, pas seulement des faits, mais il ne peut même pas en être autrement. Tant que les fausses membranes n'occupent que le larynx, le passage libre de l'air sera assuré et l'asphyxie retardée dès que la canule sera placée.

Maintenant, que ce résultat soit tout à fait temporaire; que les fausses membranes, en se propageant plus bas, puissent finir par rendre la trachéotomie nécessaire, je le veux bien; mais le tubage n'en aura pas moins retardé l'asphyxie. C'est tout ce qu'affirme la troisième conclusion; je la maintiens donc.

J'ai dit enfin que le tubage ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, et M. Bouvier voudrait qu'il fût dit qu'elle ne le peut jamais.

— M. Bouvier : Oui, car vous ne pouvez sortir de ce qui a été observé. Or, dans les sept observations de M. Bouchut, *jamais* le tubage n'a pu suppléer à la trachéotomie.

— M. Trousseau : Cela est parfaitement vrai pour le croup; mais cette conclusion résume toutes les autres, et il y est question de toutes les affections contre lesquelles le tubage peut être employé. Or, dans l'œdème de la glotte, dans les affections syphilitiques du larynx, le tubage peut suppléer à la trachéotomie. J'ai démontré que cela est, parce que cela doit être.

— M. Bouvier demande que les conclusions modifiées qu'il a proposées soient renvoyées à la commission pour qu'elle s'entende sur une nouvelle rédaction. La discussion ne pourra qu'y gagner.

La proposition de M. Bouvier est adoptée.

La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie, 1854 à 1857.

Leçons de phrénologie scientifique et pratique, etc., traduction de l'espagnol de don Mariano Cubi i Soler. Paris, 1858. 2 volumes.

Étude historique et chimique sur les eaux minérales de Néris, par M. le docteur A. Maurin.

Di alcune preparazioni di guaco quale di mezzo perservazione e di cura delle mallatie veneree, par M. le docteur G. B. Massone (de Gênes).

Analyse chimique des eaux sulfureuses bromo-iodurées de Cadéac, par M. Conquaré, pharmacien.

Considérations générales sur la prothèse des membres, par M. le comte de Beaufort.

Études sur le ténia, ou de la non-solidarité du ver solitaire, par le docteur J. Max, Louis Lespès.

M. Larrey présente, de la part de l'auteur, M. Daniel Brainard, professeur de chirurgie à l'université de Chicago (États-Unis), l'extrait (The Chicago medical Journal, septembre 1858) d'une Relation de treize cas de fractures non réunies, traitées par la perforation sous-cutanées de l'os.

M. le professeur Adamowicz (de Vilna) offre en hommage à l'Académie les ouvrages suivants :

Museum anatomicum vilnense.

Conspectus morborum inter animalia observatorum nosologicus.

M. le docteur Robert Adams (de Londres) fait hommage à l'Académie des ouvrages désignés ci-dessous :

A Treatise on rhumatic gout, or chronic rheumatic arthritis of all the joints (avec un atlas).

The Pathology and treatment of stricture of the urethra.

Some Observations on the anatomy and pathology of the adult prostate, etc., etc.

The enlarged prostate, its pathology and treatment, etc. (Renvoi à M. Malgaigne pour un rapport verbal.)

M. Victor Masson offre à l'Académie les ouvrages suivants qu'il vient de publier :

Leçons de physiologie, par M. Milne Edwards.

Maladies de l'œil, par M. Mackensie.

Traité de l'électricité, par M. Gavarret.

Leçons de botanique, par M. Le Maout.

Lettres de 1788 à 1792, par Cuvier.

Fièvres paludéennes, par M. Burdel.
Hydrothérapie, par M. Bottentuit.
Analyse chimique, par M. Normanby.
Mazas, par M. de Piétra-Santa.
Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient, par M. Scrive.
Maladies du sein, par M. Velpeau, 2e édition.
Analyse chimique, par M. Henri Rose.
Éléments de botanique, par M. Payer.
Traité de pharmacie, 5e édition, par M. Soubeiran.
De la saignée dans la grossesse, par M. Silbert.
Des morts subites chez les femmes enceintes, par M. Moynier.
Statistique du typhus, par M. Magnus Huss.
Analyse quantitative, par Gerhardt et Chancel.
Hygiène de l'ouvrier, par M. Fonteret.
Sur le pancréas, par M. Lucien Corvisart.
De la vaccine, par M. Bertillon.
Méthode gazométrique, par M. Bunsen.
Bulletins de la Société anatomique, 1856-1857.
L'Abeille médicale, n. 45.
Le Progrès, n. 45.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 45.
Gazette médicale de Paris, n. 45.
La France médicale et pharmaceutique, n. 45.
Revue étrangère médico-chirurgicale, n. 50.
Le Moniteur des hôpitaux, n. 130 à 132.
Gazette des hôpitaux, n. 129 à 131.
L'Union médicale, n. 131 à 133.
Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 18.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1858.

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le prince ministre de l'Algérie et des colonies demande l'avis de l'Académie sur le projet de conduire les eaux thermales d'Hammam-Melouan (département d'Alger), à 7 kilomètres de leur point d'émergence. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation d'un décret par lequel l'Académie est autorisée à ne pas accepter le legs fait en sa faveur par feu M. le docteur FOURCAULT.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur LEMAIRE sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Arquian (Nièvre). — Un rapport de M. le docteur MADIN sur une épidémie d'angine qui a régné dans la commune de Manheulles (Meuse). — Une note de M. le docteur LEMAIRE sur les résultats d'une tournée médicale qu'il a faite dans l'arrondissement de Dunkerque (Nord). (*Commission des épidémies.*)

II. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1857 dans le département du Bas-Rhin. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le conservateur administrateur de la bibliothèque du Louvre accuse réception du tome XXII des *Mémoires de*

l'Académie, et informe en même temps l'Académie qu'il n'a pas reçu le tome XX.

II. M. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, adresse à l'Académie un travail intitulé : *Communication à la Société médicale des hôpitaux à propos du travail statistique sur la mortalité dans les cas de croup à Paris*, etc. (*Commissaires :* MM. Blache, Nélaton et Trousseau.)

III. M. le docteur Monod écrit à l'Académie pour rectifier deux assertions inexactes qui se sont glissées dans la lettre que M. Bouchut a adressée récemment à l'Académie sur la statistique du croup. (*Commissaires :* MM. Blache, Nélaton et Trousseau.)

IV. M. le docteur Dubest (de Pont-du-Château), tout en reconnaissant que le porte-caustique présenté récemment à l'Académie par M. Mathieu offre une différence avec le sien, réclame néanmoins la priorité d'invention pour cet instrument, dont il envoie le modèle ainsi que la facture du fabricant, qui est M. Mathieu lui-même.

V. M. le docteur Bouchut écrit à l'Académie pour se disculper de l'accusation dont il a été l'objet, dit-il, dans la dernière séance.

VI. M. Pébaqué, chirurgien dentiste à Rouen, soumet au jugement de l'Académie un nouveau système de crochets facilitant beaucoup, d'après lui, l'extraction des dents de sagesse. (*Commissaire :* M. Oudet.)

VII. M. Faucher, pharmacien, prie l'Académie de vouloir bien accepter un pli cacheté en dépôt dans ses archives. (*Accepté.*)

VIII. Recherches sur le principe odorant de la vanille, par M. Gobley. (*Commissaires :* MM. Bussy, Gaultier de Claubry et Chevallier.)

—

Rapport de M. Duméril.

Un Espagnol, qui prend le titre de licencié en médecine et qui se nomme Paul Hector *y Siguès*, a écrit à l'Académie impériale de médecine en lui adressant une brochure et une boîte contenant quatre petites pierres auxquelles il donne le nom d'*aimant ayant la propriété d'absorber toute espèce de venin.*

J'ai été chargé de rendre un compte verbal de ce mémoire publié en espagnol.

C'est une œuvre de charlatanisme, tel qu'il se pratique trop malheureusement en France. L'auteur prétend avoir découvert cette pierre, qui se vend chez tous les apothicaires du royaume dont il donne l'adresse et les prix.

Ce fait ne mériterait pas d'être mentionné devant l'Académie s'il ne présentait une particularité assez curieuse pour l'histoire, et que voici :

Cette pierre factice est un mélange de bol d'Arménie, ou d'argile colorée et absorbante, semblable à celle que Redi, en 1671, a parfaitement décrite et analysée ; il en a consigné l'historique dans ses *Recherches sur les matières naturelles venant de l'Inde*, et vingt ans plus tard, on en retrouve toute l'histoire dans les *Mémoires des curieux de la nature*, par Mentzel.

C'est ce que j'ai été dans le cas de pouvoir observer moi-même, comme on peut le voir dans le paragraphe suivant de la page 151 du sixième volume de mon *Erpétologie générale*, dont la lecture ne demandera que deux minutes.

Je prends la confiance de demander à l'Académie, au nom de l'administration du Muséum d'histoire naturelle, de vouloir bien m'autoriser à faire déposer dans ses collections l'une des quatre pierres, ainsi que l'un des deux exemplaires de la brochure qui accompagnait cet envoi.

Copie du paragraphe de la page 151 *du sixième volume de l'*ERPÉTOLOGIE GÉNÉRALE. — « Autrefois on avait vanté l'application d'une certaine pierre noirâtre ou verdâtre qui paraît n'être qu'un morceau de bol argileux très doux, onctueux au toucher, recevant un beau poli et happant à la langue. On supposait à ce minéral la propriété d'absorber les humeurs

vénéneuses, quelle que fût la nature du poison. Pour attribuer à cette pierre une vertu plus merveilleuse, on supposait qu'on ne la trouvait que dans la tête du naja des Indes, ou serpent à chapeau, *Cobra de capello ;* de sorte que les gens du pays, qui la vendaient à très haut prix aux voyageurs, la faisaient entourer d'un chaton de métal précieux pour la suspendre au cou et s'en servir comme d'un amulette. Les recueils des Sociétés savantes contiennent un grand nombre de récits de personnes crédules ou d'annonces mensongères, mais Redi a démontré par beaucoup d'expériences faites publiquement et sous les yeux du grand-duc de Toscane, que cette propriété attribuée à cette prétendue pierre de serpent était chimérique, ainsi que les procédés à l'aide desquels on croyait pouvoir lui faire rendre le poison et restituer à cette substance ses propriétés, en la laissant séjourner pendant quelques heures dans du lait. Nous possédons nous-même une de ces pierres : elle a la forme d'une amande allongée, aplatie à sa surface, amincie sur ses bords ; sa couleur est d'un vert noirâtre, et elle présente tous les caractères de celles que Redi avait eues à sa disposition, mais ces dernières étaient de grosseurs diverses et de forme lenticulaire. » (En note sont les citations de Redi et de Mentzel.)

— A l'occasion du procès-verbal, M. Bouvier regrette qu'on ait mal interprété ce qu'il a dit de M. Bouchut. Il a lu un passage textuel de la lettre publiée par M. Bouchut dans la *Gazette des hôpitaux* mardi dernier. On en a tiré les conséquences qui paraissaient en résulter. Quant à lui, il n'a entendu protester que contre le blâme qu'adressait à la pratique de l'hôpital des Enfants M. Bouchut, en disant qu'on opérait trop tôt dans les cas de croup.

DISCUSSION.

Nouvelles conclusions de la commission sur le tubage du larynx.

Première conclusion. — Le tubage du larynx, assez difficile dans son exécution, est un moyen dangereux si la canule reste

plus de quarante-huit heures en contact avec les cordes vocales.

Deuxième conclusion. — Il n'est pas impossible que dans certaines maladies aiguës ou chroniques du larynx, ce procédé soit appelé à rendre quelque service : toutefois les faits publiés jusqu'à ce jour par M. le docteur Bouchut sont insuffisants pour démontrer que le tubage du larynx soit utile dans le cas de croup.

Troisième conclusion. — La trachéotomie reste, quant à présent, le seul moyen à opposer au croup dès que les ressources médicales sont épuisées.

—

M. Piorry : La thérapeutique repose d'une manière absolue sur des indications fixes et précises que la pathologie éclairée par l'anatomie, la physiologie et la clinique permet seule d'établir. Toutes les fois que ces indications ne sont pas nettes et clairement déterminées, le traitement ne peut être qu'incertain, et il n'a aucune base solide sur laquelle puisse s'appuyer la pratique du médecin instruit et consciencieux. Cette réflexion s'applique tout naturellement au croup, à l'angine couenneuse, à la diphtérite de M. Bretonneau (que M. Trousseau appelle actuellement diphthérie), à l'œdème de la glotte, à la cautérisation ou à la dissolution des couches couenneuses, au cathétérisme du larynx et de la trachée, au tubage laryngien, à la trachéotomie, à la laryngo-trachéotomie, etc. On parle de ces circonstances anatomo-pathologiques et de ces moyens thérapeutiques d'une façon générale ; on ne précise pas les cas particuliers, on fait de la statistique d'affections supposées unitaires alors qu'il s'agit souvent d'états pathologiques divers et de complications dissemblables, et l'on arrive à ce triste résultat, que l'on établit, dans un discours d'ailleurs fort bien présenté et admirablement dit, des considérations qui ne sont point en harmonie avec les conclusions qui terminent ce remarquable travail.

La présence d'une couche plastique ou compacte sur la membrane muqueuse du pharynx et des amygdales, sur l'ouverture pharyngienne du larynx, sur la glotte, la trachée, les très grosses bronches, telle est la lésion principale qui a

été rapportée par les auteurs à ce que l'on a appelé croup. Voilà d'abord des différences dans le siége précis du mal qui doivent en impliquer de très notables dans le traitement.

D'un autre côté, tantôt cette membrane accidentelle est molle, diffluente, épaisse, peu adhérente, et ailleurs elle est mince, ferme, et l'on ne peut pas plus fixée aux parties sous jacentes.

Dans les premiers temps, le mal est borné à la partie évasée de l'arbre bronchique; mais plus tard, et malheureusement dès le principe dans trop de cas, des mucosités plus ou moins épaisses se forment dans les secondes, troisièmes et quatrièmes divisions bronchiques; agitées qu'elles sont avec l'air qui entre et sort lors de la respiration, ces mucosités oblitèrent quelques conduits d'abord, puis un grand nombre d'autres, et deviennent une des causes anatomiques les plus terribles et les plus fréquentes de la mort.

Ailleurs encore se développent dans les poumons des hypérémies stasiques ou qui sont les suites de la phlegmasie des bronches, phlegmasie qui précède, accompagne ou suit la présence de la fausse membrane laryngo-trachéale.

Tantôt encore l'expectoration est facile ou possible, et ailleurs, non-seulement les malades ne peuvent faire sortir des voies aériennes les liquides qui s'y accumulent, mais encore ils font d'inutiles efforts pour se débarrasser des mucosités épaisses et de la salive qui viennent s'accumuler à l'entrée de l'orifice pharyngien du larynx, si improprement appelé glotte par Bayle et par ceux qui l'ont suivi.

Dans certains cas, le sang est encore suffisamment oxygéné, et dans d'autres la pâleur violacée des lèvres, la teinte brune des capillaires, l'extrême faiblesse du malade simulant l'anesthésie, prouvent que la respiration se fait à peine et que la mort est imminente.

Ici un état fébrile général et intense conduit à admettre l'existence de l'hémite ou plasthydrémie, et ailleurs l'enfant ne présente d'abord aucune altération du pouls.

Une infinité d'autres états pathologiques peuvent encore se réunir aux précédents, et modifient aussi les indications principales qui se présentent. Il serait trop long même de les énumérer.

La conséquence logique de ce qui précède, est que les moyens thérapeutiques qui conviennent dans un cas donné où quelques-uns des états morbides précédents viennent à se présenter ne seraient point applicables à tel autre fait également rapporté au croup, et dans lequel existeraient d'autres circonstances pathologiques.

Ces réflexions générales étant posées, disons que pour établir la valeur des divers moyens employés, proposés, ou que l'on peut ultérieurement mettre en usage, il ne s'agit pas de faire une statistique sur les résultats d'une opération ou de l'emploi d'un moyen quel qu'il soit, mais de dire jusqu'à quel point une médication a réussi dans tel cas où l'on a nettement établi les circonstances dans lesquelles le malade se trouvait placé et les états pathologiques qu'il présentait.

Ceci posé, il est évident qu'on n'est pas encore en mesure de démontrer par des faits cliniques quel est le traitement que l'on doit opposer à tel cas particulier de croup, car on n'a pas étudié celui-ci par une pathologie analytique, mais bien par une synthèse empirique propre à tout embrouiller.

Il est quelques questions dont la solution peut principalement fixer le praticien au lit de l'enfant atteint d'une affection couenneuse des voies de l'air. Tant qu'elles ne seront pas élucidées, il restera des doutes sur l'opportunité ou le choix des moyens qu'il voudra employer. Ces questions sont les suivantes; celui qui pourrait y répondre pourrait poser nettement les règles qui devraient guider dans l'emploi des divers traitements ou des opérations variées proposées contre le croup.

1° La couche plastique, dite membrane croupale, est-elle due à l'état couenneux du sang, ainsi qu'il en arrive pour la pleurite, la péricardite, l'endocardite, l'hémitarthrite, etc.? On n'a pas fait, à ma connaissance, assez d'expériences sur le sang des enfants atteints de diphthérite ou diphthérie pour répondre convenablement à cette question. Si elle était affirmativement résolue, c'est surtout sur la sérosité couenneuse qu'il faudrait agir, et non pas sur le conduit de l'air. M. Guersant fils a sans doute pensé de cette façon lorsque, sur quinze enfants atteints de membrane dite croupale, il a donné

à haute dose le chlorate de potasse, et a eu le bonheur de réussir dans treize ou quatorze de ces cas (communication orale). Ce résultat si remarquable de l'emploi d'un alcali me rappelle des recherches faites par moi avec une apparence de succès sur des gens atteints d'hémite, et auxquels je faisais respirer de l'ammoniaque.

2° Une cause spécifique, un virus, un iose est-il l'agent qui imprime au sang un caractère d'où résulterait l'aptitude de tel ou tel individu à la sécrétion couenneuse déposée dans le tube aérien ? Les recherches qui sont faites dans ce sens ne sont pas assez positives pour que l'on puisse répondre affirmativement, et si cette affirmation était établie, il serait bien inutile d'avoir recours à la trachéotomie ou au tubage avant d'avoir remédié à la toxémie ou à l'iosémie dont on parle, et qui ne peut être supposée que parce qu'on voit le croup des auteurs, ou la diphthérie, régner épidémiquement, et la couche couenneuse se former sur beaucoup d'autres organes que les voies de l'air.

3° S'agit-il, dans le croup, d'une inflammation locale très vive, et dont l'intensité serait la cause du dépôt de la couche plastique? Évidemment alors la présence de la canule serait une circonstance propre à augmenter la phlegmasie, et, par conséquent, à favoriser la formation et l'extension de la couche couenneuse.

4° S'agit-il encore d'une phlegmasie spécifique, iosique, ainsi que porteraient à le croire sa marche spéciale, son extension graduée, et surtout la contagion constatée par des cas malheureux, dont trop souvent des médecins ont été les victimes. Dans ce cas, à coup sûr, l'azotate d'argent, le chlorate de potasse, l'alun, sont indiqués, tandis que le tubage, par l'excitation qu'il causerait, la trachéotomie, par la plaie qu'elle nécessite, détermineraient la formation de nouvelles couches fibrineuses qui s'étendraient au loin. Si la maladie est toute locale et spécifique, on conçoit que, dans le cas où le mal serait borné aux amygdales, M. Bouchut puisse proposer l'excision de celles-ci ; mais cette localisation absolue de la pharyngite plastique n'est guère supposable, et, d'ailleurs,

c'est sur le pharynx, le voile du palais, la luette, et non pas sur les amygdales, que le plus souvent paraissent les plaques fibrineuses. On voit donc que l'idée de notre confrère est plutôt ingénieuse que pratique.

5° Est-ce par une oblitération complète de la cavité laryngo-trachéale que meurent les malades? Les faits répondent, en général, par la négative; il y a toujours un passage pour l'air, mais ce passage est trop petit, et l'inspiration peut presque toujours s'accomplir; elle a lieu très difficilement, très incomplétement, très lentement : aussi y a-t-il diminution dans l'oxygénation du sang (hypoxémie), qui conduit bientôt à la mort. Si le conduit oblitéré eût fait périr, le tubage et la trachéotomie surtout devraient être employés dans tous les cas.

6° Est-ce par défaut d'expectoration que périssent les malades?

7° Les petites bronches s'oblitèrent-elles par l'écume que forment dans leur cavité les liquides et l'air qui s'y accumulent? Y a-t-il enfin anoxémie par suite de cette écume bronchique?

8° Une congestion se forme-t-elle consécutivement dans les poumons, et contribue-t-elle à la mort?

Ces trois dernières questions peuvent être affirmativement résolues, car les expériences sur les chiens que l'on fait périr par strangulation le prouvent; il y a chez eux passage encore possible de l'air; mais l'expectoration de la salive qui s'accumule dans l'arrière-gorge est impossible : ce liquide pénètre dans le larynx, les animaux ne peuvent le rejeter au dehors, et ils meurent comme les noyés.

Un fait exactement semblable a lieu dans la vario-pharyngite intense; de là la nécessité d'ouvrir quelquefois un passage à l'air, comme je l'ai fait dans un cas. L'auscultation fait même trouver des liquides abondants dans les bronches, et même dans les vésicules pulmonaires. Quelques heures plus tard, les poumons, à leur partie déclive, donnent lieu, par le plessimétrisme, à de la matité pneumonémique. Ainsi, c'est par le défaut d'expectoration, par la bronchem-

phraxie, par la pneumonémie consécutive, que périssent la plupart des enfants atteints de couches plastiques laryngo-trachéales. Or, l'indication semblerait être ici d'avoir recours au tubage ; mais celui-ci ne favorise guère l'expectoration, qui, au larynx, a besoin, pour s'accomplir, de l'action des muscles laryngiens et de ceux des parties voisines. La trachéotomie, une très large canule, seraient bien mieux indiquées, car elles permettraient d'éviter toute la longueur du tuyau laryngien et pharyngien. L'une et l'autre seraient utiles s'il était possible de faire par la canule laryngienne ou traumatique un vide au moyen d'une ventouse qui aspirerait les mucosités bronchiques. Il y a des recherches à tenter sur ce sujet; une tentative que nous avons faite en ville avec MM. les docteurs Loiseau et Forget, n'a pas eu de résultat avantageux.

S'il restait, après le croup guéri, des lésions anatomiques qui gênassent l'entrée de l'air, et si une expérience ultérieure prouvait que le larynx peut supporter la présence d'une canule, peut-être pourrait-on tenter le tubage; mais, en somme, la trachéotomie, et la canule qu'elle permet d'introduire, me paraît encore lui être préférable.

Les conclusions de ce qui précède sont :

1° Que, pour bien étudier les indications dans la série de symptômes dite croup, il faut analyser et apprécier nettement les états anatomiques que présentent ceux qui en sont atteints, et que les généralités de traitement que l'on a établies sur cette affection complexe unitairement considérée sont insuffisantes;

2° Que très rarement le tubage laryngien est applicable, et que le plus ordinairement la trachéotomie, qui, du reste, est sans danger par elle-même, lui est préférable;

3° Que l'état des bronches et des poumons mérite, dans l'étude du croup, la plus sérieuse considération, et que l'aspiration des mucosités laryngiennes et bronchiques par un tube ou même par les fosses nasales (la bouche étant fermée), pourrait, si l'on parvenait à faire confectionner un instrument convenable, avoir de l'avantage.

D'après ces conclusions, celles du rapporteur de votre commission me paraissent susceptibles d'utiles modifications.

— M. Cloquet : Messieurs, je n'ai pas l'intention de faire un long discours, et je ne prends la parole que pour dire un mot sur la question de priorité soulevée à propos de l'anesthésie dans la période ultime du croup. M. Demarquay, à la vérité, avait présenté une note sur ce sujet, le 28 juillet dernier, à la Société de chirurgie, mais j'avais moi-même, le 26 du même mois, au nom de M. Bouchut, présenté une note sur le même sujet à l'Académie des sciences. D'ailleurs, comme M. Trousseau l'a rappelé, Faure avait indiqué le fait sur lequel roule le débat, dans son travail relatif à l'asphyxie, et enfin, il y a deux ans, un jeune docteur ayant annoncé que l'éther était l'antidote du chloroforme, fut appelé devant une commission nommée par l'Académie et répéta ses expériences en présence des commissaires, au nombre desquels je me trouvais. Il en résulta la preuve que notre confrère, très inexpérimenté en matière d'expérimentation sur les animaux, asphyxiait simplement ceux-ci en leur fermant les voies respiratoires avec une éponge sur laquelle il versait du chloroforme, et qu'en éloignant l'éponge et la remplaçant par une autre imprégnée d'éther, moins hermétiquement appliquée, la sensibilité reparaissait, c'est-à-dire que l'asphyxie cessait. Le même effet était obtenu avec une éponge imprégnée de chloroforme même, et à plus forte raison lorsque l'éponge n'était imprégnée de rien. Ce débat de priorité me semble donc inopportun ; il y a longtemps que tout le monde sait qu'on peut brûler et tenailler impunément les noyés et, en général, les asphyxiés, de quelque manière que l'asphyxie ait été produite.

— M. Malgaigne : Messieurs, j'apprends avec regret que je suis le dernier orateur inscrit. La question soumise à l'Académie me paraît cependant d'une gravité telle, qu'elle eût dû appeler nombre de nos collègues, médecins et chirurgiens, à cette tribune, car elle intéresse également les uns et les autres.

MM. Bouvier et Piorry, qui ont parlé avant moi, tout en proposant certaines modifications aux conclusions, n'attaquent pas le rapport en lui-même. Ce n'est donc pas sans quelque appréhension que je viens m'élever contre un rapport qui semble avoir conquis l'assentiment universel, et que je prends en quelque façon le rôle de cet esclave qui, placé derrière le triomphateur, lui rappelait qu'il était homme.

Avant tout, messieurs, j'ai été frappé de quelques incidents de la dernière séance, qui, bien que de pure forme, n'en ont pas moins une certaine portée. M. Trousseau, répondant à M. Bouvier, a dit qu'il s'était souvenu que M. Bouchut avait été son élève, et qu'en conséquence, lui, rapporteur, avait voulu être indulgent. Indulgent, messieurs (nous verrons tout à l'heure jusqu'où a été cette indulgence); mais s'agissait-il, pour le rapporteur d'une commission de l'Académie, d'être indulgent? Il s'agissait avant tout, messieurs, d'être juste, et nous examinerons comment il l'a été.

Autre chose. M. Bouvier a proposé de nouvelles conclusions. M. Trousseau a répondu immédiatement qu'il les acceptait, et si M. Bouvier, meilleur observateur des formes académiques, n'avait ajouté qu'il était convenable de les renvoyer à l'examen de la commission, la commission eût été passée sous silence. Ces conclusions ne seraient-elles donc, comme le rapport même, que l'œuvre personnelle de M. Trousseau?

Et, en effet, M. Nélaton, membre de la commission, eût-il laissé dire, s'il eût été consulté, que la pratique de la trachéotomie dans la période ultime donne 21 succès sur 100, quand il n'a eu, lui, que 3 guérisons sur 36 opérations? Encore cette triste proposition nous avertit trop bien que M. Nélaton n'opère que dans la période ultime; et alors comment aurait-il adopté un rapport où l'on préconise l'opération prématurée? J'avoue que j'aurais aimé à apprendre de mon collègue, en qui j'ai toute confiance, les motifs de sa conviction récente, ou bien les motifs qui le font persévérer dans ses doutes si, comme je le crois, il lui en reste.

Maintenant, messieurs, reprenons la question à ses débuts.

Le 14 septembre dernier, M. Bouchut adresse à l'Académie deux observations de tubage du larynx et les présente en ces termes : « Je ne me permettrai pas de juger cette méthode ni de fonder sur elle aucune espérance que pourrait démentir la clinique. Au début des innovations thérapeutiques, il faut laisser la parole aux faits observés et racontés heure par heure, puis attendre qu'on en ait un grand nombre avant de tirer aucune conclusion avantageuse ou défavorable, etc. »

Cela, messieurs, me paraît très sage. M. Bouchut ne demandait pas de rapport et se défendait de tirer des conclusions ; il voulait qu'on attendît de nouveaux faits. Il n'y avait, en effet, que cela à faire. La commission, chose rare, a présenté son rapport dans l'espace de six semaines. Nous ne sommes pas habitués à pareil zèle, et je prie M. le rapporteur d'en recevoir mes compliments; mais pour avoir été fait si vite, le rapport n'encourt-il pas un peu le reproche de précipitation ? Parmi les membres de la commission, il y en avait deux qui, par leur position à l'hôpital des Enfants, sans parler de leur autorité incontestable dans la matière, étaient plus que personne en mesure de nous apporter toutes les lumières désirables; ont-ils fait un seul essai de tubage? Pas un seul. La commission s'est-elle au moins tenue au courant de ce qui se faisait ailleurs? Pas davantage; et pour savoir où en était la question, j'ai été obligé de m'en enquérir près de M. Bouchut lui-même. La commission n'a donc rien fait par elle-même, rien vu par elle-même; elle n'est pas même au courant de ce qui s'est fait, et elle fait un rapport, et elle propose des conclusions ! Elle va, je me permettrai de le lui dire, un peu vite en besogne. Et pourquoi tant de hâte? Ah! messieurs, c'est que M. Bouchut proposait le tubage du larynx pour éviter la trachéotomie, qui tue, disait-il, 80 ou 90 fois sur 100. Je me figure aisément la surprise, le sursaut qui dut réveiller, à ce coup, M. Trousseau, le père de la trachéotomie.

— M. Trousseau : Je n'en suis pas le père.

— M. Malgaigne : Mettons le parrain. D'ailleurs, si M. Trousseau récuse à bon droit la paternité de la trachéotomie en gé-

néral, il acceptera du moins celle de la trachéotomie à la deuxième période; elle lui revient tout entière.

Ce n'est pas tout. En dehors de l'Académie, M. Bouchut avait eu le malheur de publier une statistique de la mortalité du croup pendant ces trente dernières années, et, trouvant qu'elle s'était accrue hors de toute proportion avec l'accroissement de la population, il en accusait la trachéotomie. Cette statistique a été vigoureusement et fort justement attaquée, et je me hâte de dire que je n'entends en aucune façon en prendre la défense. Les chiffres peuvent être exacts, les conclusions qu'en tire M. Bouchut ne sauraient se soutenir : que la trachéotomie y ait ajouté quelques morts, cela est possible; mais, au total, la progression de la mortalité ne peut tenir essentiellement qu'à ce que les cas de croup ont augmenté dans ces dernières années, voilà tout. Mais si M. Bouchut ne demandait pas de rapport sur le tubage, à plus forte raison n'en demandait-il pas sur une statistique qui n'a pas été soumise à l'Académie. Les trois quarts du rapport, cependant, ont trait à cette statistique. Eh bien! messieurs, c'est que l'œuvre de M. Trousseau est bien moins un rapport sur le tubage, — rapport qu'on nous dit avoir été fait avec indulgence (nous l'eussions préféré impartial : nous préserve le ciel d'une telle indulgence!), c'est moins, disons-nous, un rapport sur le tubage qu'un manifeste en faveur de la trachéotomie. Je me hâte d'ajouter que ce manifeste est des plus remarquables, et que de semblables manifestes seront toujours une bonne fortune. Mais enfin, messieurs, il m'a paru utile de dessiner ainsi les positions; car si, en effet, le tubage, au lieu d'un juge a rencontré un adversaire, il y a lieu d'appeler du jugement, et ma tâche en sera plus facile.

Encore un mot pourtant. Il y a dans le rapport quelques pages très remarquables contenant une statistique toute en faveur de la trachéotomie. Cette statistique n'appartient pas à la commission; elle a été empruntée à un travail lu le 27 octobre dernier à la Société des hôpitaux par MM. H. Roger et Sée. M. le rapporteur l'a copiée sans y changer une virgule; en sorte que, sur mon exemplaire du *Bulletin de l'Académie*,

j'ai pu encadrer entre guillemets tout ce qui appartient en propre à MM. Roger et Sée.

— M. Trousseau : Permettez-moi de répondre un mot seulement à ce propos. J'ai dit que cette statistique appartenait en propre à ces messieurs et n'ai point entendu me l'approprier.

— M. Malgaigne : Une telle accusation était loin de ma pensée; elle aurait été démentie par avance par le rapport même, dans lequel, ainsi que M. Trousseau vient de le dire, il rapporte très expressément à ces messieurs ce qui leur appartient. Mais ce que je tiens à établir, c'est qu'il y a dans le rapport une partie fort remarquable touchant la statistique des résultats donnés par la trachéotomie, qui n'est pas l'œuvre du rapporteur; et je suis d'autant plus heureux que M. Trousseau décline toute responsabilité à cet égard, que, me proposant tout à l'heure d'attaquer cette statistique à outrance, cela me mettra beaucoup plus à mon aise.

Après ces observations préliminaires, abordons maintenant le fond du débat. Je le répète, messieurs, à mes yeux la question est d'une gravité immense; elle nous intéresse tous, médecins et chirurgiens; elle a pour moi un intérêt de plus, en ma qualité de professeur de médecine opératoire. Pour plus de simplicité, je suivrai l'ordre qui a été suivi dans le rapport, et conséquemment je m'occuperai en premier lieu du tubage.

Le rapport a examiné successivement : 1° si le procédé est facile; 2° s'il est dangereux; 3° s'il est utile; 4° il l'a comparé aux autres moyens de traitement, et spécialement à la trachéotomie.

Sur le premier point, M. le rapporteur pense que le tubage est quelquefois plus difficile que ne semble le dire M. Bouchut. Soit, je veux bien l'admettre; et puis après? Cela implique seulement qu'il sera besoin de l'étudier et qu'il ne faudra pas le confier au premier venu. Mais il n'en est pas autrement pour la trachéotomie, qui offre même des difficultés bien autrement sérieuses. La difficulté est l'affaire du chirur-

gien, et n'a jamais empêché d'adopter un procédé utile.

Qu'il me soit permis de relever ici quelques reproches adressés par le rapport à M. Bouchut, et qui ne me paraissent porter l'empreinte ni de l'indulgence ni même de la justice. A propos des deux premiers faits communiqués par M. Bouchut à l'Académie, M. le rapporteur se demande *si ces observations ne renversent pas toutes les idées généralement reçues sur le mécanisme de la voix et de la toux ; comment une voix claire et nette, comment une toux éclatante peuvent se produire lorsque le jeu des cordes vocales est complétement aboli.* Si cependant je relis les observations, je trouve que dans la première, aussitôt le tube introduit, *l'enfant a pu parler à voix basse ;* dans la seconde, l'enfant a parlé d'une voix *plus forte, assez claire, assez nettement articulée pour qu'on l'entendît distinctement dire : Otez-moi cela.* En même temps, la toux est devenue *plus forte et plus éclatante.*

Eh bien, comme j'ai publié jadis un *Mémoire sur la physiologie de la voix*, j'ai une certaine compétence dans la question, et je suis en mesure de rassurer M. Trousseau. Que le premier enfant ait pu parler à voix basse, cela est tout à fait naturel, tout à fait conforme aux lois de la physiologie ; la voix basse diffère précisément de la voix haute en ce qu'elle n'a pas besoin des cordes vocales. Pour le second cas, il ne s'agit pas précisément d'une voix *claire et nette*, mais d'une voix *assez claire, assez nettement articulée, pour qu'on l'entendît distinctement ;* cela peut se dire très correctement de la voix basse ; seulement, peut-être M. Bouchut aurait pu se servir d'une autre expression que de celle de la voix *claire*, qui s'entend en général du son vocal ; mais le reste de la phrase ne laisse aucune incertitude ; et pour moi, qui n'ai pas à l'égard de M. Bouchut les mêmes motifs d'indulgence que M. Trousseau, je ne m'y fusse point arrêté. Reste la toux *forte et éclatante.* Mais si la commission eût bien voulu étudier les procédés de M. Bouchut, elle aurait appris que, dans l'une des deux manières de les appliquer, on place le tube au-dessous de ce qu'on appelle improprement les cordes vocales supérieures, et que ces replis, laissés libres, peuvent servir au frôlement

de la toux; ensuite, elle eut pris en considération la nature métallique du tube introduit dans le larynx : par exemple, je tiens de M. Bouchut que, lorsqu'il porte dans la trachée la sonde métallique ouverte à son extrémité qui lui sert de mandrin, l'air, chassé avec force par la sonde, rend un bruit analogue au son d'une trompette; et ce bruit devient même un avertissement utile en ce qu'il donne à l'opérateur la certitude qu'il est bien dans la trachée.

Le rapport, examinant en second lieu les dangers du tubage, accorde qu'il laisse la déglutition s'opérer *avec une parfaite facilité*, et qu'il n'est pas probable que son application pendant un ou deux jours puisse être suivie de grands inconvénients.

Sur le premier point, je ne serai même pas d'accord avec la commission; et dans le deuxième procédé, qu'elle ne paraît pas connaître, lorsque le tube remonte au-dessus des cordes vocales supérieures, la déglutition est un peu plus difficile. Sur le second, il ne s'agit plus de simples probabilités; et je dois dire, pour mon compte, que ce qui m'effrayait le plus, ce qui me paraissait le plus probable, c'est que la pression du tube sur les cordes vocales, spasmodiquement resserrées par leurs muscles, eût pour effet de les ulcérer ou même d'y déterminer des eschares. Les faits ont déjà parlé, si peu nombreux qu'ils soient, ils démontrent que les accidents de ce genre ne sont pas absolument à craindre. Mais si je ne saurais approuver dans le rapport les probabilités mises à la place des faits, que dirai-je de l'assertion qui suit? Si on laissait le tube à demeure huit, dix ou quinze jours, *nous sommes convaincus qu'il resterait de très graves désordres*, etc. Jamais, messieurs, Bacon n'aurait écrit une pareille phrase. Vous êtes *convaincus?* Et de quel droit? avez-vous vu des faits, avez-vous fait des expériences? Rien de tout cela; vous vous imaginez, et cela vous suffit pour parler de conviction! Ce que vous savez, et ce que je sais, c'est que le tube laissé quarante-huit heures dans le larynx n'a amené aucun des accidents que je redoutais, et que l'on pouvait légitimement craindre; au delà, les faits manquent. Si l'on voulait

recourir aux analogies, peut-être en serait-il du larynx comme de l'urèthre, qui, dès qu'il supporte quarante-huit heures des sondes à demeure, peut généralement les supporter davantage. Mais, je le répète, il faut attendre les faits.

Cette sorte de dédain pour les faits, cette tendance à mettre l'imagination à leur place, se fait sentir dans un autre endroit du rapport que je ne peux m'empêcher de signaler. Le tubage, dans quelques-uns des faits connus, n'a pas empêché l'asphyxie de se reproduire. Cela arrive aussi après la trachéotomie; mais alors cela s'explique par la propagation des fausses membranes dans les bronches. Après le tubage, cette explication nous échappe, puisque l'asphyxie reproduite a été dissipée par la trachéotomie. On ne saurait non plus l'attribuer à l'engorgement de la canule : la canule a été trouvée libre. A quoi donc peut tenir un phénomène aussi étrange et aussi redoutable? Selon M. le rapporteur, *probablement c'est que les ligaments aryténo-épiglottiques étaient le siége d'un gonflement qui doit se présenter souvent*. Hypothèse comme une autre, direz-vous. Non, messieurs; c'est une hypothèse qui vient se mettre à la place du fait acquis, et qui était à l'avance démentie par le fait, car on a autopsié les enfants morts après le tubage; on n'a pas même trouvé un indice de gonflement dans les ligaments aryténo-épiglottiques. Le fait reste jusqu'à présent inexpliqué. M. Bouchut présume que ces ligaments qui gardent leur souplesse peuvent être refoulés sur l'orifice supérieur du tube dans les effets d'inspiration, et c'est même en suivant cette idée qu'il a allongé son tube. Du moins ici l'expérience n'a pas encore décidé contre l'hypothèse; mais, je le répète, ce n'est encore qu'une hypothèse, et il faut appeler sur l'origine réelle de ce phénomène toute l'attention des observateurs.

Je louerai sans réserve la première partie du troisième point du rapport, relatif à l'utilité du tubage : « *A priori*, et jusqu'à plus ample informé, il me paraît, dit M. le rapporteur, qu'un tube de ce genre doit retarder et peut-être empêcher complétement l'asphyxie croupale toutes les fois que la fausse membrane ne dépasse pas la glotte, etc. » Et ailleurs, sortant de

l'hypothèse et de l'*a priori*, il déclare que chez des enfants atteints de croup, le tube a permis et l'introduction plus facile de l'air et la plus facile expulsion des fausses membranes; à cet égard, les faits rapportés par M. Bouchut, *pour n'avoir pas été suivis de guérison, n'en sont pas moins probants.* Il pense donc que le tubage, dans les laryngites aiguës simples, pourrait *suppléer parfaitement à la trachéotomie.* Dans ces termes, à la fois précis et mesurés, je me range complétement et sans réserve de l'avis de M. le rapporteur. Je suis déjà obligé de m'en écarter quelque peu quand il avance que le tubage pourrait *devenir une ressource puissante et radicale* dans l'œdème aigu de la glotte, *si toutefois les ligaments arythéno-épiglottiques ne participaient pas, comme cela a lieu si souvent, à la tuméfaction des cordes vocales.* Il se peut que l'anatomie pathologique ait fait des progrès que je ne connais pas; mais jusqu'ici j'ai cru, et je pensais bien être dans l'opinion générale, que le prétendu œdème de la glotte affecte surtout les ligaments arythéno-épiglottiques, et jamais peut-être les cordes vocales.

Mais enfin, pour le croup, que vaut le tubage? car c'est pour le croup qu'il a été proposé, et la question principale, dont je ne veux point me laisser distraire, c'est le traitement du croup. Ah! messieurs, le croup, c'est l'arche sainte à laquelle nul n'a le droit de toucher. Pour la laryngite aiguë, pour l'œdème de la glotte, nous concéderons au tubage tout ce qu'on voudra; pour le croup, rien. Il y avait bien dans les premières conclusions une toute petite concession, mais M. Bouvier a surabondamment démontré qu'elle ne ressortait pas du rapport; et, dans les conclusions nouvelles, elle a complétement disparu.

Mais pourquoi donc le tubage, facilitant l'action de l'air et l'expulsion des fausses membranes, ne conviendrait-il pas dans le croup? Ici M. le rapporteur émet une hypothèse qu'*il ose à peine exprimer*, dit-il; mais cette hypothèse s'étale, se déroule et prend une telle consistance, qu'elle aboutit à cet argument victorieux : « *Si, comme le dit M. Bouchut lui-même, le tubage était un moyen de retarder la trachéotomie, qui*

plus tard sera inévitable, ne serait-ce pas la condamnation de ce procédé? »

Messieurs, avant de discuter l'hypothèse de M. Trousseau, j'attendrai qu'elle s'appuie d'un commencement de preuves; et, quant à l'argument terminal, j'ai le regret de dire que ni dans la communication faite par M. Bouchut à l'Académie, ni dans ses autres communications, je n'ai rien trouvé qui ressemblât à ce que le rapport semble lui attribuer.

Mais, enfin, il y a des faits : sur 7 enfants traités par le tubage, 5 sont morts, et les 2 autres n'ont été sauvés que par la trachéotomie. Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit, ce que M. le rapporteur a dit lui-même, que les faits sont insuffisants, et qu'il convient d'en attendre d'autres. Pour le moment, je n'en veux pas dire davantage.

Nous arrivons à la comparaison du tubage avec les autres moyens chirurgicaux. M. le rapporteur commence par poser en principe que, *dans la presque universalité des cas, les malades atteints de croup meurent par l'occlusion du larynx.* A merveille; mais le tubage ne va-t-il pas précisément contre ce danger? Qu'importe! on le compare d'abord à l'éponge de M. Green, à la curette de M. Loiseau, qui désobstruent le larynx avec plus d'avantage. Qui ne croirait, dès lors, que M. Trousseau professe une certaine estime pour ces procédés supérieurs? En aucune manière, ils lui paraissent bons uniquement à rabaisser le tubage, après quoi il les compte pour rien et n'en parle plus.

Nous voici enfin arrivés au point capital, c'est-à-dire à la trachéotomie; et, dès les premiers mots, vous allez voir comment l'amour paternel se déclare :

« Si la trachéotomie devait être battue en brèche, il sem-
» blait que ce ne dût pas être à Paris, où chaque année elle
» compte tant de succès; si elle devait être combattue, il
» semblait que ce ne dût pas être par un médecin d'hôpital,
» et, s'il m'était permis de le dire, par un médecin que j'avais
» l'honneur d'avoir pour élève. M. le docteur Bouchut a pris
» la triste tâche de combattre *une médication toute française.* »

Qu'est-ce que tout cela signifie, messieurs? Est-ce là, je

vous le demande, une argumentation sérieuse? D'abord c'est une tâche très belle de chercher à remplacer une opération périlleuse par une autre qui le serait un peu moins; deuxièmement, la trachéotomie n'est point une médication toute française; elle remonte même un peu plus loin qu'Asclépiade; et si l'origine pesait quelque chose, c'est bien le tubage qui est une invention toute française, ce qui ne m'empêchera pas de l'attaquer le jour où il me sera démontré qu'il ne vaut rien.

M. Trousseau défend ensuite la trachéotomie contre les imputations que M. Bouchut tirait de sa statistique. J'ai déjà dit ce que je pensais de cette statistique trop fameuse, et n'ai nulle envie d'y revenir.

Il allègue ensuite, en faveur de la trachéotomie, qu'elle n'est pas dangereuse par elle-même. C'est là, messieurs, une assertion qu'il m'est impossible de laisser passer; je ne connais aucune opération dont on puisse en dire autant, et la trachéotomie, indépendamment de la cause pour laquelle on la pratique, peut compter à bon droit parmi les plus dangereuses. Je citerai, à cet égard, un passage écrit il y a plus de vingt ans par un homme dont l'autorité ne sera contestée par personne, et qui, après des expériences directes sur les animaux, était bien loin de juger l'opération si inoffensive.

« Je tentai avec M. Hamard une série d'expériences sur les » chiens, dans le but de connaître l'influence de la trachéo- » tomie et de la présence d'une canule dans la trachée-artère. » Le résultat de ces expériences est que les animaux ont » éprouvé divers accidents, un grand accablement, et de la » fièvre pendant plusieurs jours; *quelques-uns, malades, il est* » *vrai, au moment de l'expérience, ont eu des pneumonies mor-* » *telles*. Il est donc naturel de penser que des enfants fébrici- » tants, et dont les poumons sont déjà engoués, éprouveront » plus facilement encore des accidents graves capables de com- » promettre leur existence. Aussi ai-je vu plusieurs fois des » enfants succomber après la trachéotomie, sans que l'exten- » sion des fausses membranes pût rendre compte de la mort » et des lésions inflammatoires des poumons. »

— M. Trousseau : C'est moi.

— M. Malgaigne : Inutile donc de nommer l'auteur, puisqu'il s'est nommé lui-même. Mais il est probable que M. Trousseau, en écrivant son rapport, avait quelque peu oublié ce passage.

— M. Trousseau : Pas le moins du monde !

— M. Malgaigne : Je ne comprends pas, si vous ne l'avez pas oublié, que vous teniez votre langage d'aujourd'hui ; je ne comprends pas qu'une opération qui donne la fièvre à des chiens bien portants, qui tue les chiens déjà malades, puisse être réputée inoffensive sur l'homme ; je le comprends encore bien moins quand vous confessez qu'elle a déterminé chez les enfants des pneumonies mortelles, et dont le croup n'était pas responsable. Ces pneumonies, qui survenaient jadis chez les animaux comme chez l'homme, est-ce qu'elles ne se représenteraient plus aujourd'hui ? Voici un autre aveu, écrit par M. Trousseau en 1855 :

« Avant que M. Guersant et moi eussions adopté cette mé-
» thode (l'emploi de la cravate), nous perdions de pneumonie
» catarrhale un grand nombre de nos malades, et aujourd'hui
» cet accident est beaucoup plus rare. »

Je dis donc que la trachéotomie est une opération grave par elle-même, et d'autant plus grave que les sujets sont plus faibles pour y résister ; c'est ainsi qu'au-dessous de l'âge de deux ans, c'est à peine si l'on a sauvé, par hasard, un ou deux opérés ; et enfin chez les adultes mêmes, et pour des affections étrangères au croup, je ne sais si ma mémoire est fidèle, mais je crois me ressouvenir que M. Trousseau a signalé l'opération comme presque toujours fatale.

— M. Trousseau : Pardon ! j'ai parlé des adultes atteints du croup.

— M. Malgaigne : Je remercie M. Trousseau de son interruption ; je tiens à ne rien dire que d'exact. Mais voici M. Thierry qui déclarait tout récemment avoir perdu trois adultes qu'il avait trachéotomisés, soit pour des angines couenneuses, soit pour d'autres affections du larynx. Quand

donc je lis dans le rapport des paroles telles que celles-ci, touchant l'opération à la période extrême du croup : *Si l'enfant meurt, j'aurai la certitude que mon opération n'y a été pour rien*, j'admire ce calme imperturbable, cette intrépidité de conviction, mais je ne saurais les partager. J'ai pratiqué un certain nombre de trachéotomies : je n'ai sauvé qu'un seul de mes opérés ; et je ne voudrais pas affirmer d'une façon aussi absolue que mon opération n'a été pour rien dans la mort des autres. C'est là aussi, soyez-en sûrs, le sentiment à peu près universel des chirurgiens ; sans quoi, d'où leur viendrait cette répugnance instinctive, ce serre-cœur qui les prend quand on les appelle à pratiquer cette opération ? Pour moi, messieurs, je suis partisan de la trachéotomie, mais avec toutes réserves ; je l'emploie comme une ressource extrême et redoutable, quand toute autre chance de salut a disparu. Quand le médecin déclare qu'il n'en reste pas d'autres, quand la famille éplorée me supplie de tenter un effort désespéré pour sauver l'enfant qui va mourir, j'opère ; je regarde l'opération comme un triste et rigoureux devoir, auquel ma conscience me défend de me soustraire ; mais j'opère avec une douleur, avec un serrement de cœur que nulle autre opération ne m'a jamais inspiré à un égal degré ; et quand un de mes confrères m'envoie chercher, je ferais volontiers des vœux pour me trouver absent, pour qu'on fût obligé d'aller frapper à une autre porte que la mienne.

Dans ces cas, messieurs, ce qui légitime l'intervention de l'opérateur, ce qui me justifie dans ma conscience, c'est qu'il n'y a pas d'autre ressource ; c'est que j'apporte une dernière chance à un malade qui n'en avait plus. Mais une doctrine nouvelle s'est fait jour depuis quelques années, et semble envahir de plus en plus la pratique ; c'est la doctrine de la trachéotomie pratiquée à la deuxième période du croup, *avant que la mort soit imminente*, et comme M. Trousseau l'énonçait en 1835, *le plus tôt possible*, et *dès qu'on est certain de la présence de fausses membranes dans le larynx*.

Avant que la mort soit imminente ! Quels termes élastiques, messieurs, et quelle facilité offerte à la témérité des opéra-

teurs! Mais si la mort n'est pas imminente, comment savez-vous qu'elle arrivera? Et si elle ne doit pas arriver, vous allez faire, sans nécessité absolue, une opération plus grave qu'une amputation de cuisse! D'une autre part, opérer *aussitôt qu'il y a des fausses membranes dans le larynx!* Messieurs, je ne suis pas médecin; je n'ai pas pu faire du croup une étude aussi approfondie que des matières purement chirurgicales, et je ne demande pas mieux que l'on me rectifie, si je me trompe. J'ai cru jusqu'à présent, je crois encore que le croup est constitué justement par la présence des fausses membranes dans le larynx; quand il n'y a pas de fausse membrane dans le larynx, il n'y a pas de croup, c'est une angine couenneuse : cela revient donc à dire qu'il faut opérer aussitôt que le croup existe. Maintenant j'en appelle à nos collègues des sections de médecine, j'en appelle aux plus fougueux partisans de la trachéotomie, est-ce bien là ce qu'ils entendent et ce qu'il faut entendre? J'en ai consulté plusieurs, et je déclare que, tout en s'écartant de la règle de M. Trousseau, aucun n'a pu m'en formuler clairement une autre touchant le moment de l'opération prématurée.

Nous arrivons maintenant aux résultats donnés par la trachéotomie; et, pour engager les chirurgiens à la pratiquer de bonne heure, on a séparé les résultats obtenus, comme on dit, à la deuxième période, ou à la troisième.

MM. Roger et Sée exposent donc que sur 39 enfants opérés dans la seconde période, on en a sauvé 25, soit 64 pour 100. Ils s'applaudissent de ces chiffres; nous verrons tout à l'heure ce qu'ils valent; mais pour le moment, en les acceptant tels quels, ne pourrait-on pas dire que la trachéotomie a singulièrement reculé? Car, en 1835 :

« L'expérience m'a prouvé, écrivait M. Trousseau, qu'on ne perdait *pas plus d'un malade sur* 10, quand on opérait lorsque la fausse membrane n'était encore que dans le larynx. »

Une mort sur dix! 90 succès sur 100! Cela laisse bien loin en arrière la proportion de 64 pour 100 de MM. Roger et Sée; mais cette proportion même est-elle exacte? J'ai regret de le

dire, messieurs, mais il le faut; la question est trop grave pour ne pas aller au fond ; cette statistique est entièrement, absolument inexacte. Ces messieurs nous ont donné des chiffres empruntés aux services de l'hôpital des Enfants : voici, pour le même hôpital, pour les années 1857 et 1858, les chiffres donnés par M. Millard, auteur d'une thèse excellente que j'aurai à citer plus d'une fois.

Il y a eu dans cet espace de temps 23 petites filles opérées à la deuxième période : résultat, 13 guérisons; soit 56 sur 100. De 56 à 64, la différence n'est pas grande, je l'accorde; mais, messieurs, il ne s'agit que des filles. M. Millard donne en gros, et sans distinction des périodes de la maladie, le chiffre des garçons opérés dans le même temps : 62 opérés, 56 morts, 8 guérisons; 13 pour 100. Je sais bien qu'il y a des opérations faites à la période ultime ; défalquez-en tant qu'il vous plaira, vous ne trouverez jamais la proportion miraculeuse de 64 guérisons sur 100. Est-ce à dire que MM. Roger et Sée aient inventé leurs chiffres? A Dieu ne plaise que j'en aie jamais eu l'idée; très probablement ils auront pris quelque série des années antérieures. Seulement je dirai qu'il est très fâcheux qu'ils se soient arrêtés à une série heureuse, en écartant les séries qui le sont moins; ce n'est pas ainsi qu'on fait de la statistique chirurgicale. J'ajouterai même, à propos de ces séries antérieures, un renseignement important que je trouve dans la thèse de M. Millard. M. Millard annonce qu'il a compté, lui, toutes les morts survenues à la suite de l'opération, jusqu'à l'époque où la cicatrice est complète; et il fait observer que ses devanciers n'y ont pas toujours mis la même exactitude; et que l'on a compté comme guéris, par exemple, deux enfants échappés, à la vérité, aux premiers dangers, mais qui sont morts avant la cicatrisation de la plaie.

Ce qui me laisse plus de doutes encore sur la valeur de la statistique de MM. Roger et Sée, c'est la proportion des succès allégués pour l'opération faite dans la période ultime.

Sur 62 opérations, 13 succès : 21 pour 100 ; 21 pour 100, à l'hôpital, entendez-vous! Cela, à tout prendre, n'est déjà pas bien brillant ; et cependant je ne peux pas l'admettre. Il

faut vous rappeler, messieurs, que dans la discussion qui eut lieu dans cette Académie en 1839, chacun déclarant les résultats de sa pratique,

Roux	comptait sur	4	opérés,	4	morts;
Blandin	—	5	—	5	—
Amussat	—	6	—	6	—
M. Velpeau	—	6	—	6	—

Gerdy seul, sur 6 opérations, avait eu 4 guérisons. M. Velpeau a eu depuis la chance plus heureuse; mais je ne prétends nullement dire que la trachéotomie soit toujours mortelle; je veux seulement prémunir les chirurgiens contre des tableaux trop séduisants. Voilà ce que donnait alors la ville; et l'hôpital? A l'hôpital, le rapport nous apprend que jusqu'en 1848, sur 49 opérations il y avait eu 48 morts.

De nos jours, messieurs, les choses ont-elles beaucoup changé? Elles n'ont guère changé dans la pratique civile, d'après un tableau présenté par M. Bouchut, et duquel il résulterait que sur 346 opérés, il y aurait eu 312 morts et seulement 39 guérisons. Et entre quelles mains? Pour citer seulement quelques noms:

M. Gosselin, sur 23 opérations, aurait eu 23 morts;

M. Michon, sur 20 opérations, 18 morts;

M. Laugier, notre honorable président, sur 8 opérations, 7 morts;

M. Nélaton, l'un de vos commissaires, sur 36 opérations, 33 morts.

M. Monod vient de réclamer sur le chiffre précis de 40 opérations qu'on lui attribue; il a dit *une quarantaine*, sur quoi il paraît avoir eu une quarantaine de morts. M. Thierry, au contraire, a réclamé son rang d'inscription sur ce martyrologe; sur 37 trachéotomies chez des enfants, il a eu 34 morts; à quoi il faut ajouter 3 morts chez les adultes. Pour moi, messieurs, j'ai eu le bonheur de pratiquer moins fréquemment la trachéotomie; mais sur 8 à 10 opérations (je n'ai pas eu le courage de les compter exactement) je n'ai eu jusqu'ici qu'une seule guérison.

Il est vrai que je n'ai jamais opéré que dans la période ultime; et l'on peut présumer que nos collègues de la ville en ont fait autant. Or, dans la période ultime à l'hôpital des Enfants, à en croire les chiffres de MM. Roger et Sée, quelle différence! 13 succès sur 62; en d'autres termes, 21 pour 100! Ce serait, dans tous les cas, une bien belle série; mais après tout, que peut prouver une heureuse série? Dans ce même hôpital, en 1857 et 1858, M. Millard a trouvé aussi, pour 39 filles opérées à la troisième période, 8 guérisons, 23 pour 100; proportion plus belle même que la précédente. Mais ici revient la série des garçons, qui n'ont eu que 8 guérisons sur 62, dont un certain nombre avaient même dû être opérés à une période moins avancée; c'est environ 1 sur 8; il n'y a plus déjà de quoi être si fiers.

Mais en additionnant tous ces chiffres, on n'en arrive pas moins à un résultat tout à fait imprévu; c'est qu'à l'hôpital des Enfants, les opérations réussissent beaucoup mieux qu'en ville. Or, messieurs, jamais cela ne s'est vu pour aucune autre opération; nous savons d'une manière générale que la mortalité à Paris est beaucoup moindre en ville que dans les hôpitaux, et elle diminue encore à la campagne; et cette règle se trouverait renversée à l'hôpital des Enfants, qui est peut-être le plus insalubre de tous? A quoi cela peut-il tenir? Ce n'est pas, je viens de le dire, à la salubrité des lieux; ce n'est pas à l'état antérieur des jeunes malades; ceux qui vont à l'hôpital n'ont jamais joui de la même aisance que ceux de la ville; ce n'est pas à une différence de gravité de la maladie; ce n'est pas à la différence du traitement consécutif; tout le monde est à peu près d'accord à cet égard; et d'ailleurs il est le même à l'hôpital pour tous les opérés. Serait-ce donc à l'habileté des opérateurs? Ici, messieurs, les chiffres de M. Millard nous réservent une nouvelle surprise. M. le rapporteur nous dit que l'opération à l'hôpital est faite *assez souvent* par M. Guersant, et, *dans la très grande majorité des cas*, par les internes. M. Guersant est un chirurgien d'une expérience consommée; et s'il réussissait un peu mieux que les autres, il n'y aurait pas encore lieu de s'en étonner. Mais

c'est tout le contraire ; en 1857 et 1858, M. Guersant n'a opéré aucune fille ; et sur 62 filles la proportion générale a été de 21 guérisons. M. Guersant, au contraire, paraît avoir opéré au moins quelques-uns des garçons ; et, sur 62 garçons, il n'y a eu que 8 guérisons. Mais peut-être les garçons résistent moins bien que les filles à la trachéotomie? M. Trousseau est là pour affirmer le contraire. Quels sont donc les chirurgiens qui ont battu M. Guersant dans son propre hôpital, en lui abandonnant les malades les plus favorables? Je vous l'ai déjà dit, ce sont les internes; et, pour être exact, ce ne sont pas les internes seulement; une opération a été faite par un externe.

Que puis-je dire, messieurs? Et si vous m'obligez à admettre de tels résultats les yeux fermés, comprenez-vous ce que moi, professeur de médecine opératoire, je serai tenu de dire à mes élèves en leur parlant de la trachéotomie? Si vous avez un enfant atteint du croup, ne le conduisez pas à M. Laugier, à M. Nélaton, ils n'en guérissent point; ne le faites pas opérer en ville ; c'est à l'hôpital que vous trouverez le lieu le plus favorable. A l'hôpital même il y a un chirurgien consommé dans son art; gardez-vous de vous adresser à lui ; adressez-vous aux internes et aux externes!

Voilà ce que je devrais dire si j'acceptais sans contrôle les résultats bruts que vous m'offrez, et certes aucun de vous ne me conseillerait de le dire. Il faut aller au fond de ces statistiques fallacieuses; nous y sommes tous intéressés : vous l'êtes surtout, vous, chirurgiens mes collègues, qu'elles frappent d'une infériorité si flagrante; si vous ne les expliquez pas, si vous ne protestez pas, il ne vous reste qu'à donner votre démission.

Messieurs, c'est un terrain bien délicat que celui que je vais aborder, et je laisserais volontiers à tout autre cette tâche ingrate et difficile; mais je ne suis pas entré dans la question sans la ferme résolution d'aller jusqu'au bout. Suivant moi, messieurs, et peut-être l'avez-vous déjà pensé avec moi, c'est que les indications ne sont pas toujours bien comprises et bien reconnues. A Dieu ne plaise que je veuille répéter pour

mon compte la phrase malencontreuse que, d'ailleurs, M. Bouchut a suffisamment expliquée; non, il n'est pas vrai que qui que ce soit au monde recherche ces sortes d'opérations pour s'exercer la main ; on ne trouve que trop d'occasions de les appliquer légitimement. Je ne dirai même pas que les internes de l'hôpital des Enfants manquent de science; ils ont fait leurs preuves, et d'ailleurs ils sont là à une excellente école. Mais ce qu'il me sera peut-être permis de dire sans faire porter sur eux aucun blâme, c'est qu'il leur manque l'expérience que l'âge seul peut donner; passez-moi la comparaison, ce sont de jeunes recrues pleines d'ardeur, mais qui n'ont pas encore acquis la netteté du coup d'œil, la fermeté de jugement, l'intrépidité devant le danger, qui caractérisent les vieux soldats et les vieux praticiens. Nous avons tous commencé par là, messieurs : au premier phénomène alarmant on s'inquiète, on veut agir, on prodigue les ressources de la thérapeutique, et malheur au malade si un bon et sage conseiller ne vient à propos modérer cette ardeur parfois intempestive! Eh bien! voici un enfant qui anhèle, qui suffoque, qui paraît menacé d'asphyxie; on s'effraye, on s'empresse, on l'opère, lorsque peut-être on aurait pu s'en dispenser. En voulez-vous un exemple? M. Guersant se trouvant un soir à l'hôpital, on lui fait voir un enfant dans un état de dyspnée qu'on jugeait grave; M. Guersant estime qu'on peut attendre au lendemain : le lendemain, il trouve que l'enfant avait été opéré dans la nuit. Sur 55 observations de trachéotomie données *in extenso* par M. Millard, une fois l'opération a été faite en ville, trois fois elle a eu lieu à l'hôpital, d'après l'avis de M. Roger ou de M. Blache; cinquante et une fois elle a été décidée par les internes.

N'est-il pas à craindre que quelques-unes de ces opérations n'aient été faites sans une nécessité rigoureuse? Est-il bien sûr qu'il n'y ait jamais eu d'erreur de diagnostic? Il y en a eu, messieurs; témoin ce cas où la trachéotomie a été faite, sans que ni avant, ni pendant, ni après l'opération, ni enfin à l'autopsie, on ait aperçu l'ombre d'une fausse membrane.

Et s'il en est ainsi, ne suis-je pas en droit de dire que toutes

vos statistiques sont frappées de suspicion, et qu'il y a lieu, pour vous, chefs de service à l'hôpital des Enfants, de fixer si bien les indications de l'opération qu'elle ne soit jamais faite, autant que possible, ni trop tôt, ni surtout pour des cas qui ne l'exigeraient pas: *caveant consules.*

Et quels dangers si grands y a-t-il donc à attendre? Je citerai encore ici un passage récemment écrit par un grand maître en fait de trachéotomie, par M. Trousseau lui-même:

« Si l'infection diphthéritique a profondément atteint l'éco-
» nomie, et si le péril est plutôt dans cet état général que
» dans la lésion locale du larynx ou de la trachée-artère,
» l'opération est invariablement suivie de mort. »

A merveille, voilà une contradiction posée; mais écoutez la suite :

« Tandis que, quand la lésion locale constitue le danger
» principal de la maladie, *à quelque degré que l'asphyxie soit*
» *arrivée, l'enfant n'eût-il plus que quelques minutes à vivre,*
» *la trachéotomie réussit, à peu de chose près, aussi bien que si*
» *elle avait été tentée trois ou quatre heures plus tôt.* »

Comment donc, après cela, M. Trousseau prône-t-il si énergiquement l'opération à la deuxième période? Je ne sais; mais pour moi je ne saurais le suivre jusque-là; je me rattache à la doctrine de M. Bretonneau son maître. La trachéotomie dans le croup est une opération meurtrière, plus meurtrière que l'amputation de la cuisse sur les champs de bataille; je ne conçois pas qu'on y ait recours hors le cas d'absolue nécessité.

Je comprends cependant ce que disent les partisans de l'opération prématurée; il est plus sûr de prévenir l'asphyxie ou d'y remédier au début qu'à la fin. C'est une raison, sans doute; mais si cette raison était valable, elle aboutirait à faire opérer tous les sujets, du moment que le croup s'est déclaré. Cependant vous ne le faites pas; vous essayez d'abord les moyens médicaux; vous y insistez d'autant plus longtemps que la menace de suffocation est plus lente à se produire. Eh bien! n'est-ce pas le cas d'essayer le tubage qui, lui, peut

être appliqué au croup dès la deuxième période, dès le début, sans les dangers de l'opération ?

Messieurs, un excellent moyen pour éclairer la conscience du praticien dans ces cas difficiles, c'est de se mettre à la place du patient, c'est de ne faire pour les autres que ce que l'on ferait pour soi-même. Il y a ici des pères de famille; qu'ils m'écoutent donc, et qu'ils jugent. Je suis père aussi; je suppose (et que Dieu fasse que cette supposition ne se réalise jamais!), je suppose que j'ai là un de mes enfants atteint du croup; la respiration est difficile, l'expulsion des fausses membranes difficile; je m'adresse à la commission. Vous avez, c'est vous qui le dites, un moyen qui facilite la respiration, qui facilite l'expulsion des fausses membranes, qui peut demeurer appliqué quarante-huit heures sans entraîner d'inconvénients par lui-même; et puis vous ajoutez qu'il ne vous plaît pas de l'employer, et vous m'offrez la trachéotomie. Eh bien! je vous déclare que je ne comprends rien à ce langage; moi, père de famille, moi, chirurgien, connaissant les dangers du croup, les dangers de l'opération, non, non, non, je ne livrerai pas mon enfant au couteau; j'attendrai, j'essayerai ce moyen qui, s'il ne réussit pas par lui-même, laissera au moins aux autres moyens le temps d'agir, qui du moins retardera l'heure fatale. Et s'il échoue, comme tant d'autres échouent, alors, mais seulement alors, accomplissez votre terrible ministère; je me résignerai en détournant les yeux.

Je me résume, messieurs; je n'entends point juger le tubage du larynx d'une manière définitive; je n'ai pas assez d'éléments pour cela; mais je pense que l'on risque fort de compromettre l'autorité de l'Académie en lui demandant de le condamner. Nous n'en sommes encore qu'aux espérances; mais si ces espérances venaient à se réaliser, le tubage accomplirait dans le traitement du croup la même révolution que la lithotritie dans le traitement de la pierre; et quel regret, si par un jugement précipité on pouvait accuser l'Académie d'avoir entravé un tel progrès!

Quant aux conclusions proposées par la commission, je les repousse complétement, résolûment, et les anciennes et les

nouvelles. Vous avez voulu conclure; et qui vous a donné le droit de conclure? Vous n'avez rien vu, vous n'avez rien fait, vous n'êtes pas même au courant de la question, et vous voulez engager le jugement de l'Académie.

Si j'avais eu l'honneur de faire partie de la commission, je me serais demandé avant tout s'il y avait lieu à faire un rapport, et j'aurais décidé pour la négative. Mais, l'idée d'un rapport adopté, j'aurais examiné uniquement ce qu'on me donnait à examiner; j'aurais cherché à porter un jugement sur le tubage, non sur la trachéotomie, et ne trouvant pas d'éléments assez complets pour asseoir un jugement définitif, voici la seule conclusion que j'aurais voulu soumettre à l'Académie, et que je dépose sur le bureau :

Adresser des remercîments à M. le docteur Bouchut, et l'inviter à communiquer à l'Académie tous les faits ultérieurs capables d'éclaircir la question.

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y aura, samedi prochain, une séance extraordinaire de *comité secret*, pour entendre la lecture de plusieurs rapports de prix.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Bulletin des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Octobre 1858.

Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille, n. 4.

Annuaire de la Société météorologique de France.

Opinion de Villars sur les plantes hybrides, d'après sa correspondance avec Lapeyrouse, par M. Éd. Timbal-Lagrave.

De l'hybridité dans le genre Viola, par le même auteur.

Nouvel uréthrotome d'avant en arrière et sans dilatation, par le docteur A. Boinet.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine de France, t. XXIV, n. 3.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Novembre.

Recueil de médecine vétérinaire. Octobre.

Bulletin général de thérapeutique. 15 novembre.

Journal de pharmacie et de chimie. Novembre.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques. Novembre.

Le Progrès, n. 46.

The Dublin Quarterly Journal. Novembre.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 46.

L'Abeille médicale, n. 46.

Gazette médicale de Paris, n. 46.

La France médicale et pharmaceutique, n. 46.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 133 à 135.

L'Union médicale, n. 134 à 136.

Gazette des hôpitaux, n. 132 à 134.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 19.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse à l'Académie ampliation d'un décret par lequel la Compagnie est autorisée à accepter la donation faite par madame veuve ORFILA pour la fondation d'un prix à décerner tous les deux ans.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur BARTHEZ, sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de Vichy ont été appliquées à l'hôpital militaire, pendant l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur CORNIL-BOIROT, sur le service médical des eaux de Sainte-Marie de Cusset (Allier), pendant l'année 1858. — De nouveaux échantillons de l'eau d'une source située à Villeminfroy, pour être analysée. — Des échantillons de l'eau de deux sources situées dans la commune de Cornillon (Isère), également pour être analysée. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Une lettre de rappel de rapport, au sujet d'un médicament présenté par la dame GARNIER. (*Commission des remèdes secrets.*)

III. Le même ministre consulte l'Académie sur la demande formée par MM. LABARRAQUE et compagnie, à l'effet d'obtenir une copie officielle du rapport sur le *quinium*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. De l'emploi des médicaments, et surtout de l'acétate de morphine, par les fosses nasales, par M. le docteur JACQUEZ. (*Commissaires :* MM. Chatin et Piorry.)

II. Simples propositions sur le croup, par M. le docteur VERNHES (de Béziers). (*Commissaires :* MM. Nélaton, Blache et Trousseau.)

III. Note sur un nouveau mode de traitement des affections diphthéritiques, par M. FAUCONNET. (*Commissaires :* MM. Louis, Blache et Grisolle.)

IV. M. GALY réclame comme lui appartenant l'idée première de l'alimentation iodée, au sujet du Mémoire lu récemment à l'Académie par M. Boinet. (*Commissaires :* MM. Chatin, et Trousseau.)

V. M. le docteur SANDRAS adresse à l'Académie quelques questions relativement au croup.

VI. M. PANIS soumet à la Compagnie un travail sur les revaccinations. (*Commission de vaccine.*)

VII. M. MOREL-LAVALLÉE présente à l'Académie une note sur l'application de l'électricité à l'extraction des dents, etc. (*Commissaires :* MM. Velpeau, Gavarret et Robert.)

VIII. M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences accuse réception du tome XXIIe des *Mémoires de l'Académie de médecine.*

IX. Mémoire sur une nouvelle méthode de dosage de la quinine dans les quinquinas, les extraits, etc., à l'aide de liqueurs titrées, par MM. GLÉNARD et GUILLERMOND. (*Commissaires :* MM. Chatin, Caventou et Bussy.)

X. M. ARMIEUX, médecin militaire, adresse à l'Académie une note complémentaire sur les revaccinations qu'il a opérées au 25e de ligne. (*Commission de vaccine.*)

XI. Mémoire sur un moyen de faciliter l'expulsion des corps étrangers introduits ou développés dans les voies aériennes, etc., par M. LOISEAU. (*Commissaires :* MM. Bouillaud et Beau.)

XII. M. LENTZ soumet à l'examen de l'Académie un appareil électro-médical dont il est l'auteur. (*Renvoi* à l'examen de M. Gavarret.)

XIII. M. Charrière présente un pessaire de l'invention de M. le docteur Scipion Giordano (de Turin). (*Renvoi* à M. Danyau.)

— M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Soubeiran. Conformément au désir exprimé par le défunt, on n'a dû lui rendre aucun devoir officiel; par conséquent, aucune députat on académique n'a assisté à ses obsèques.

—

DISCUSSION.

Tubage de la glotte et trachéotomie.

M. Blache, ne pouvant ni ne voulant prendre une part active dans la discussion, demande la parole seulement pour donner lecture des deux lettres suivantes :

Lettre de M. Millard.

Monsieur le président, dans la dernière séance, M. le professeur Malgaigne m'a fait l'honneur d'emprunter à ma thèse plusieurs arguments sur lesquels je demande à l'Académie la permission de lui présenter quelques explications. L'accusation grave portée contre les internes de l'hôpital des Enfants en général sera combattue comme il convient par les médecins de cet établissement, nos chefs de service, dont nous n'avons fait que suivre les instructions et les exemples.

Je dirai seulement, en ce qui concerne mon travail, que :

1° Le défaut de concordance signalé entre la statistique de MM. Roger et Sée et la mienne s'explique très aisément, en ce que la première repose sur l'ensemble des trachéotomies faites à l'hôpital depuis huit ans, tandis que je me suis borné à consigner les résultats de l'année 1857 et du premier semestre 1858, c'est-à-dire d'une période de dix-huit mois.

2° Si, dans mes observations (qui ont trait exclusivement à des filles), il n'y en a qu'un petit nombre où l'opération a été faite en présence des chefs de service, c'est que ces derniers passent une ou deux heures seulement le matin à l'hô-

pital; tandis que l'interne de garde observe, reçoit et opère les enfants atteints de croup à toute heure du jour et de la nuit. J'ai cru superflu d'indiquer qu'un grand nombre d'opérations avaient été prescrites conditionnellement le matin, à la visite, et pratiquées dans la journée ou la nuit suivante.

3° Tant que le chirurgien est dans l'hôpital, c'est toujours lui qui est appelé de droit à faire la trachéotomie. C'est donc un pur effet du hasard si M. P. Guersant n'a opéré qu'une seule fille; dans le service des garçons, il a opéré cinq fois.

4° C'est bien à tort que M. Malgaigne m'a reproché d'avoir fait une trachéotomie que M. Guersant avait été d'avis de différer. Il était dix heures du soir quand l'honorable chirurgien fut appelé, et c'est uniquement à cause des difficultés et des dangers bien connus des opérations pratiquées la nuit qu'il conseilla d'attendre le jour. Je n'opérai en effet que le lendemain matin, neuf heures plus tard, alors que la malade était à la dernière extrémité.

5° M. Malgaigne a signalé l'observation, unique dans ma thèse, dans laquelle il n'y avait de fausses membranes ni dans la gorge, ni dans les voies aériennes. Or, il se trouve précisément que, dans ce cas, le diagnostic fut porté par le chef de service lui-même; que l'opération fut pratiquée par son ordre et sous ses yeux; que jamais elle ne fut légitimée par une asphyxie plus complète, et qu'elle prolongea pendant trois jours la vie de l'enfant. Il s'agissait d'une de ces variétés de laryngite, consécutives à la rougeole, qui peuvent, quoique rarement, en imposer pour des croups vrais aux praticiens les plus consommés, donner lieu aux mêmes accidents de suffocation, et réclamer aussi impérieusement les secours de la chirurgie.

6° Jamais l'interne de garde ne pratique la trachéotomie sans avoir convoqué en consultation tous ses collègues présents à l'hôpital, et il est tenu d'avertir auparavant le directeur, qui très souvent assiste à l'opération.

7° Jamais les élèves externes ne sont appelés, comme on l'a donné à entendre, à faire, encore moins à décider, la tra-

chéotomie. Celui qui figure exceptionnellement dans une de mes observations, et qu'a cité M. Malgaigne, était parfaitement au courant de l'opération, qui dans ce cas était facile ; c'est moi qui lui fis tenir le bistouri sous ma responsabilité personnelle, et en présence de tous mes collègues. J'ai omis de mentionner ces deux circonstances importantes, sans prévoir le parti qu'on pourrait un jour tirer de cet oubli.

Si j'avais besoin de me justifier, j'ajouterais que depuis j'ai fait opérer une seconde fois le même externe dans les mêmes conditions, et qu'il a obtenu une guérison.

C'est encore là une nouvelle preuve de ce qui a été dit depuis longtemps, à savoir, que les succès de la trachéotomie dans le cas de croup tiennent moins peut-être à l'habileté des opérations qu'aux conditions présentées par les malades, et surtout aux soins consécutifs. Ce sont ces deux points, négligés par M. Malgaigne, que j'ai particulièrement cherché à développer dans ma thèse, et qui donnent la meilleure explication de la différence si remarquable des résultats obtenus jusqu'ici en ville par les plus habiles chirurgiens, et à l'hôpital par de simples élèves.

Veuillez agréer, etc.

—

Lettre de MM. Roger (Henri) *et* Sée (G.), *médecins de l'hôpital des Enfants.*

Dans son éloquent réquisitoire contre la *trachéotomie*, M. Malgaigne nous a fait l'honneur *d'attaquer à outrance* (ce sont ses propres expressions) la statistique du croup à l'hôpital des Enfants, que nous avions adressée à l'Académie de médecine.

Forts de l'assentiment de nos collègues de l'hôpital, MM. Blache, Bouvier, Gillette et Guersant, et couverts de leur autorité, nous venons nous défendre par le simple exposé des faits, et, pièces justificatives en main, nous appelons à une juridiction supérieure, et même à M. Malgaigne mieux informé, d'un sévère, d'un injuste arrêt.

Sans examen préalable, on a *proclamé* que notre statistique « *n'est pas exacte.* » Nous protestons contre cette allégation, dont aucune preuve n'est donnée, et nous proclamons hardiment l'exactitude de nos chiffres.

En effet, cette statistique repose sur trois espèces de documents qui en garantissent l'authenticité : 1° les mémoires et les thèses publiées par les médecins et les internes de l'hôpital ; 2° les registres de l'établissement ; 3° pour les neuf dernières années, de 1850 à 1858, une liste générale dressée par M. Guersant, et un registre spécial pour le croup, tenu par l'administration, avec indication exacte du nombre des admissions, du nom, de l'âge et du sexe des enfants, de la terminaison de la maladie, du chiffre des opérations et de leur résultat. Aucun des cas particuliers n'a été admis dans nos catégories avant d'avoir subi ce triple contrôle. C'est là une statistique véritablement scientifique, et nous avons le droit de nous étonner et de nous plaindre qu'elle ait encouru toutes les sévérités de M. Malgaigne, alors qu'il se montrait plus facile à l'égard de la statistique forcément inexacte de la ville de Paris, évoquée par la sombre fantaisie de M. Bouchut, et dans le moment même où l'éminent professeur, statisticien d'ordinaire impitoyable, se montrait si indulgent à l'endroit d'une certaine *enquête* sur la trachéotomie, faite d'après un mode particulier à notre confrère de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Nos résultats numériques sont favorables à la trachéotomie : en relevant avec soin *tous* les cas de croup observés à l'hôpital des Enfants pendant les neuf dernières années, nous avons trouvé un chiffre de 466 opérations, dont 126 suivies de succès, c'est-à-dire que le nombre des guérisons a été de 27 pour 100. Par l'opération faite en temps opportun, *avant l'asphyxie complète*, la proportion des succès a été plus forte encore : 25 sur 39, ou, en d'autres termes, 3 sur 5, ou 64 pour 100. Ce sont ces deux chiffres de guérison (27 pour 100 pour la liste générale de 466 opérés, et 64 pour 100 pour une liste partielle) qui ont semblé trop beaux pour être acceptés. Si nous les avons obtenus, c'est

sans doute, suivant M. Malgaigne, que nous avons « *choisi des séries heureuses.* »

Mais, en disant à la Société médicale des hôpitaux que notre statistique de la trachéotomie, tirée de trois sortes de documents positifs, comprenait *tous* les cas de croup; en le disant encore dans une note à l'Académie de médecine, et de la façon la plus expresse, pour les chiffres des neuf dernières années, incriminés par cela seul qu'ils gênent M. Bouchut, nous répondions par avance à l'objection de M. Malgaigne. Faut-il répéter pour la troisième fois que ce relevé statistique, auquel on ne croit point parce qu'il présente un assez grand nombre de succès (au moins un quart), comprend indistinctement, et sans exception aucune, tous les faits de croup observés à l'hôpital des Enfants, de 1850 à 1858? Nous avons pris tous les cas, dans toutes les salles, dans tous les services : filles et garçons, malades de tout âge, croups mortels ou bénins, guérisons spontanées ou par l'opération, morts sans trachéotomie ou malgré la trachéotomie, nous avons recueilli tous les faits sans les choisir, ceux des bonnes années, ceux des mauvaises, et ceux de la déplorable année 1853, où la proportion des décès fut de 86 pour 100; nous les avons admis, chiffrés et catégorisés sans parti pris, sans opinion préconçue; et cette statistique, dont les éléments étaient complets et positifs, nous l'avons donnée sans crainte, comme l'expression fidèle de la vérité.

Que si nous avions voulu, pour grossir les succès de la trachéotomie, choisir *les séries heureuses*, rien n'eût été plus facile que de prendre le relevé de M. André pour 1856, qui donne (dans le service des garçons) une proportion de 29 à 30 guérisons sur 100 malades (16 sur 54); ou bien celui de M. Millard pour les années 1857 et 1858 (service des filles), relevé qui donne un total de succès encore plus considérable, près de 35 pour 100 (21 guérisons sur 62 opérations). Ce sont des calculs vrais; ce sont des calculs acceptés par M. Malgaigne, puisqu'ils sont dans l'excellente thèse de M. Millard qu'il nous oppose; et pourtant le chiffre des guérisons par la trachéotomie, dans ces deux séries partielles, est supérieur à

celui de 27 pour 100 que nous a fourni l'ensemble des séries, et qui nous a valu cette dure apostrophe : « Je ne crois » pas un mot des statistiques où l'on nous présente tant de » croups guéris. »

Répondrons-nous maintenant aux arguments tirés des différences qu'offriraient nos résultats numériques et ceux de M. Millard? Mais on s'est mépris sur la réalité de ces discordances, ainsi que nous venons de le montrer. Quelques-unes d'ailleurs ne sont qu'apparentes, et M. Millard s'est chargé de les expliquer. Quant aux 54 morts que M. Malgaigne met au compte de M. Guersant, c'est un don à titre purement gratuit, et l'on doit se demander, en lisant la thèse de M. Millard avec plus d'attention, comment il pourrait se faire qu'en 1857 l'habile chirurgien de l'hôpital des Enfants eût perdu 54 garçons trachéotomisés, alors qu'il n'en a opéré que 5?

Le fait le plus important pour la pratique qui ressorte de nos recherches, c'est la proportion de 25 guérisons sur 39, ou de 3 sur 5, obtenue quand on opère *avant l'asphyxie complète*. Aussi, pour n'avoir point à le discuter, M. Malgaigne a mieux aimé en suspecter l'origine. Or cette proportion si favorable, nous l'avons trouvée dans les thèses de MM. Letixerant et Millard, les deux seules où la distinction soit faite entre les croups opérés dans la période d'asphyxie commencée, et les croups opérés tout à fait *in extremis*.

Si vous comptez des succès si nombreux à l'hôpital des Enfants (reprend M. Malgaigne), c'est que la trachéotomie est faite prématurément, avant qu'il y ait nécessité ; c'est qu'on se presse d'opérer pour des cas peu graves et qui auraient guéri tout seuls ! — Voyons, par l'analyse des observations de MM. Letixerant et Millard, si l'opération est trop tôt prescrite et trop vite exécutée, si l'abus chirurgical de la trachéotomie, signalé par M. Bouchut à la vindicte publique, existe réellement; si les faits témoignent de la précipitation juvénile de nos internes.

Dans 21 cas, M. Millard a précisé l'heure de l'opération ; bien que le début du croup remontât à plusieurs jours, on attendit, chez la plupart des malades, douze à vingt-quatre

heures avant de trachéotomiser ; 6 fois on différa d'un à six jours.

En 1850 et 1851, l'impatience des opérateurs n'était guère plus marquée, si l'on en juge d'après les observations de M. Letixerant; toujours il y eut accord parfait dans la conduite des chefs de service et des internes ; toujours on commença (comme tous les médecins de l'hôpital le font encore à présent) par épuiser les ressources du traitement médical ; toujours on attendit pour opérer la manifestation de phénomènes graves, l'apparition d'un danger évident.

Dans les 39 observations que nous avons résumées pour épargner à d'autres un labeur ingrat, et qui comprennent précisément les trachéotomies dites prématurées, il n'en est pas une seule où manque l'énoncé des motifs déterminants de l'opération. Que M. Malgaigne veuille bien consulter notre analyse minutieuse que nous livrons à ses méditations, et il acquerra la conviction que, dans tous les cas, l'indication de la trachéotomie était formelle, et que chez tous les malades il y avait, non pas *imminence* seulement, mais *commencement d'asphyxie.*

Les succès incontestables obtenus à l'hôpital des Enfants, dans ces dernières années, s'expliquent par le perfectionnement et la simplification du mode opératoire, par la meilleure entente des soins consécutifs, soins prodigués avec tant d'intelligence et de dévouement par nos religieuses ; il s'explique surtout par le choix plus propice et plus rationnel du moment d'opérer.

L'*opportunité de la trachéotomie*, c'est la question qui domine tout dans l'histoire du croup et de son traitement. A l'hôpital des Enfants, cette opportunité étant signalée par le chef de service et saisie par un aide instruit et vigilant qui peut suivre les phases souvent si rapides du mal, l'opération est faite à temps, sans crainte comme sans précipitation ; tandis qu'en ville, dans le tumulte de la maladie et du traitement, le chirurgien intervient le plus souvent trop tard, alors que l'asphyxie est complète et l'agonie déjà commencée. C'est à cette période *in extremis* que M. Bouchut recommande au-

jourd'hui d'opérer, et les chiffres précités de MM. Letixerant et Millard démontrent que, dans de telles conditions, on perd deux fois plus de malades, 82 pour 100 au lieu de 36 (1).

Faut-il donc conclure de la statistique des revers de la trachéotomie, et de cette longue liste d'insuccès mis à la charge des chirurgiens les plus habiles et les plus illustres des hôpitaux, insuccès et morts dans lesquels M. Malgaigne revendique sa part ; faut-il conclure de nos chiffres plus conlants et plus vrais, qu'il vaudrait mieux, pour un malade atteint de croup, être trachéotomisé à l'hôpital des Enfants que par un chirurgien des hôpitaux, et même par le professeur de médecine opératoire? Cette conclusion, irrévérencieuse à l'égard de confrères et maîtres que nous aimons et admirons, nous ne nous serions certainement pas permis de l'énoncer ; mais puisque M. Malgaigne l'a tirée lui-même, nous l'acceptons, faisant ainsi acte de soumission à sa magistrale autorité.

Il nous reste à nous justifier d'une accusation plus étrange : c'est d'opérer des enfants qui n'ont pas le croup.

Sur les 109 observations que rapportent MM. Letixerant et Millard avec des détails suffisants, combien y a-t-il de cas où l'on n'ait pas trouvé de fausses membranes? *Un seul ;* et, dans dans ce cas unique, il s'agissait d'une de ces graves laryngites consécutives à la rougeole, qui par leurs symptômes, par les phénomènes asphyxiques, simulent si parfaitement le croup que le praticien le plus expérimenté peut s'y tromper. Chez ce malade, en effet, l'asphyxie était complète, la mort imminente, et ce fut le chef de service qui prescrivit une opération devenue indispensable. M. le professeur de médecine opératoire peut nous dire mieux que tout autre s'il n'est pas arrivé à de grands chirurgiens de pratiquer la taille pour un calcul qui ne se trouvait plus.

En résumé, après avoir montré l'exactitude de nos relevés statistiques, nous maintenons dans leur intégrité les conclusions pratiques que nous avons formulées, à savoir :

(1) 57 morts sur 70 malades.

1° Que la trachéotomie est suivie de guérison dans la proportion de 26 à 27 pour 100;

2° Que l'opération, faite au début de l'asphyxie, sauve 3 enfants sur 5 (ou 64 pour 100), tandis que, pratiquée *in extremis*, elle ne peut en sauver que 18 à 19 pour 100.

—M. Bouvier : Messieurs, Fabrice d'Aquapendente a dit que le chirurgien est l'égal du dieu Esculape quand, par la bronchotomie, il rend soudainement à la vie des malades qui avaient déjà un pied dans la tombe (1). C'est une des gloires de la médecine *française* contemporaine; — oui, de la médecine française, quoi qu'en ait pu dire mon excellent collègue M. Malgaigne, — c'est, dis-je, une des gloires de la médecine française contemporaine, que d'avoir ajouté aux merveilles qu'admirait déjà Fabrice les succès modernes de la trachéotomie dans le croup. L'hôpital des Enfants de Paris est fier d'avoir été le principal théâtre de ces succès. Notre honorable collègue, M. le professeur Malgaigne, dans son appréciation des faits observés dans notre hôpital, a fait une distinction entre les chefs de service et les élèves placés sous leurs ordres; sa critique a porté presque exclusivement sur les actes qu'il attribue à MM. les internes. Je remercie M. Malgaigne de sa courtoisie à notre égard; mais ni mes collègues, ni moi, nous ne pouvons accepter cette distinction. Nos internes n'ont agi en tout que d'après nos instructions, d'après notre exemple, d'après nos préceptes, que sous nos inspirations. Ils sont la main, nous sommes la tête. Chefs et élèves, nous sommes tous solidaires; nous nous présentons devant vous comme un seul homme. Je pourrais ajouter que l'hôpital Sainte-Eugénie, notre digne émule depuis bientôt cinq ans, est à notre unisson, à une seule exception près; la dernière communication de M. le docteur Barthez en est une preuve (2).

Sans remonter plus haut que M. Bretonneau, je trouve

(1) Fabricii al Aquapendente, *Opera chirurgica*, cap. 44, *De perforatione asperæ arteriæ in angina*, p. 475; Leyde, 1723.

(2) Voyez le *Moniteur des hôpitaux* des 18 et 20 novembre 1858.

trois phases dans l'histoire de la trachéotomie appliquée au croup.

La première commence vers 1819 ou 1820 et finit en 1825.

La deuxième n'embrasse pas moins de vingt-trois ou vingt-quatre années ; elle commence à l'année 1825 et finit en 1848 ou 1849.

Enfin, la troisième est celle dans laquelle nous nous trouvons ; elle a commencé vers 1849 : elle comprend donc déjà neuf ou dix années.

La première phase, celle qui est antérieure à 1825, appartient à M. Bretonneau seul ; elle ne se compose que de revers. Pourquoi ? parce que le procédé était vicieux. C'était le procédé d'Asclépiade amélioré, assurément, en traversant les siècles, mais gardant le sceau de son origine. C'est ce procédé que M. Malgaigne vous a rappelé malignement, pour vous prouver que la trachéotomie était grecque et non française. Oui, en effet, cette trachéotomie était grecque ; mais, si nous n'en avions pas eu d'autre, l'opération serait morte depuis longtemps ; pour les cas de croup, du moins, il n'en serait plus question. Que lui manquait-il donc pour réussir ? Il lui manquait tout simplement de faire respirer les malades ; l'ouverture de la trachée était trop petite ; la canule, formée d'un bout de sonde de gomme élastique, était trop étroite ; les malades continuaient d'étouffer, l'asphyxie n'était ni empêchée, ni prévenue (1).

M. Bretonneau n'était pas homme à en rester là ; il changea le procédé, fit une grande ouverture, mit une large canule, et ouvrit la deuxième phase, en 1825, par un succès éclatant (2). C'était le premier qui fut universellement reconnu.

Cette deuxième phase, pendant les vingt-quatre années qu'elle a duré, nous montre des résultats très divers ; mais, il faut le dire, les revers y dominent. M. Bretonneau sauve bien encore quelques malades. Plusieurs de ses élèves comptent bien aussi quelques succès ; M. Trousseau, qui s'engage dans

(1) Bretonneau, *Traité de la diphthérite*, p. 95, 220. Paris, 1826.
(2) *Ibid.*, p. 300.

la même voie en 1826, arrive bien en 1831 à obtenir sa première cure; mais il a ensuite la douleur de perdre sept malades de suite; puis, lorsqu'en 1834 il a fait connaître ses nouvelles guérisons (1), il a la douleur plus grande de voir échouer de toutes parts les opérateurs qui suivent ses traces.

En 1839, notre savant collègue M. Bricheteau lit un rapport à l'Académie sur le croup : une discussion s'engage; MM. Amussat, Velpeau, Blandin, Roux, déclarent avoir opéré chacun quatre, cinq ou six cas de croup et n'avoir pas guéri un malade. Gerdy seul avait eu quatre guérisons sur six opérations qu'il avait pratiquées. L'hôpital des Enfants paraît ici sur la scène pour la première fois. Baudelocque, dans cette même discussion, annonce que depuis 1835, date de la première trachéotomie pratiquée dans notre hôpital, on y a fait quinze opérations toutes suivies de mort. Et cependant on faisait connaître à la compagnie, dans la même séance, que M. Trousseau, sur quatre-vingts cas, avait sauvé le quart de ses malades (2).

L'hôpital des Enfants, de même que la plupart des chirurgiens d'alors, n'eut encore que des revers à enregistrer les années suivantes. Nous lisons dans un mémoire de M. Trousseau, publié en 1851, que jusqu'à 1849 on a fait dans cet hôpital plus de quarante trachéotomies, — les quinze de Baudelocque y sont comprises, — et qu'aucune n'a réussi (3). Mon collègue, M. Guersant, opéra en ville, dans cette même période, de 1834 à 1841, vingt-trois malades; tous moururent. M. Trousseau continuait néanmoins de guérir un malade sur quatre, et, de 1826 à 1849, il n'avait pas pratiqué moins de cent quarante trachéotomies dans le cas de croup (4).

D'où venait cette disparate? Grâce aux efforts persévérants de M. Trousseau, nous le savons aujourd'hui. La méthode

(1) Voyez *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. I, p. 5, 41, 289; t. II, p. 1.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. III, p. 908.

(3) *Union médicale* des 2, 5, 19, 21, 23 août 1851.

(4) *Ibid.*

était encore imparfaite; elle avait des inconvénients dont M. Trousseau lui-même n'évitait pas toujours les fâcheux effets.

Instruit par une longue expérience, par vingt-trois ans de pratique, M. Trousseau fait disparaître ces inconvénients, et nous arrivons à la troisième phase de la trachéotomie.

D'abord, on substitue à la canule simple une canule double, dont la partie intérieure est enlevée à volonté, tandis que la partie extérieure reste constamment dans la plaie. Comment avait-on tant tardé à le faire?M. Trousseau ne le comprend pas lui-même. M. Bretonneau avait bien indiqué la canule double (1); mais il n'en avait employé que de simples dans les cinq cas que son *Traité de la diphthérite* avait fait connaître. Et puis il y avait eu, dans la première ferveur, des inventions de toute sorte, un déluge de canules, dans lequel la canule double était apparemment restée submergée.

Mais, va dire M. Malgaigne, elle n'est pas française, votre canule double, elle est anglaise! Je ne puis tout à fait le nier; elle a été, en effet, décrite en 1730 dans les *Transactions philosophiques* de Londres, et rappelée depuis par Platner, Van-Swieten, Louis, Sabatier, Boyer, etc. Son véritable inventeur n'a pas de nom, car George Martyn, qui en a parlé le premier, dit qu'un de ses *aides* (*one of our ministers*), qu'il ne nomme pas, lui en a donné l'idée. Du reste, ce médecin ne dit pas l'avoir employée, et personne, plus tard, ne s'en est servi jusqu'à MM. Bretonneau et Trousseau. Cela la fait bien un peu française.

Mais ce changement de canule ne fut pas tout. On mit au-devant de l'ouverture une cravate de laine, de gaze ou de mousseline, ce que Garengeot, en 1720, et après lui Martyn, avaient à peu près conseillé, et ce qu'on avait eu le tort de négliger depuis. On garantit mieux la plaie du contact dur du métal. On se méfia davantage de cette médecine locale, active, corrosive, substitutive, qui avait tué un enfant sous les yeux de

(1) *Traité de la diphthérite*, p. 326.

M. Trousseau (1), et que Maingault avait déjà combattue en 1832 au sein de l'Académie (2) ; on ne fit plus d'injection, on n'écouvillonna plus la trachée-artère. Enfin, on comprit mieux le rôle de l'art ; on comprit qu'il devait se borner à assurer les conditions mécaniques de la respiration et à soutenir par un régime et des médicaments toniques les forces de la nature médicatrice ; une alimentation convenable remplaça la diète à laquelle les malades avaient été soumis (3).

L'hôpital des Enfants, qui possédait alors M. Trousseau, eut les prémices de ces nouvelles améliorations. Tout y changea de face. Dès 1849, on y obtient un premier succès, puis un second (4). Ils se multiplient les années suivantes, avec des variations sans doute, avec de bonnes et de mauvaises veines, mais, en somme, dans une proportion jusqu'alors inconnue dans cet établissement. Vous connaissez les résultats statistiques de la trachéotomie à l'hôpital des Enfants dans ces neuf dernières années. Le relevé placé sous vos yeux par MM. H. Roger et G. Sée est pour ainsi dire l'œuvre collective des six chefs de service de l'hôpital et de l'administration elle-même, qui a bien voulu faire tenir un registre particulier pour cet usage.

466 enfants ont été opérés du 1er janvier 1850 au 15 octobre 1858 ; 126 ont guéri : leurs noms et leurs adresses sont à la disposition de quiconque voudrait vérifier les faits. Je ne m'arrête pas à de légères dissidences entre le registre de l'administration, le relevé particulier de M. Guersant, et les relevés consignés dans quelques thèses. Elles montrent que les auteurs de ces relevés ont bien réellement supputé les faits isolément les uns des autres, et certes ce triple contrôle est une garantie plus que suffisante de la vérité de cette statistique.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. I, p. 13.

(2) *Archives générales de médecine*, t. XXX, p. 419.

(3) *Union médicale*, 1851, et *Archives générales de médecine*, 5e série, t. V, p. 257, 1855.

(4) *Union médicale*, 1851.

Voici, année par année, comment les résultats de la trachéotomie se sont répartis :

1850	3	guérisons sur	10	opérés.
1851	3 1/2	—	10	—
1852	bien près de 3	—	10	—
1853	à peine 1 1/2	—	10	—
1854	2 1/2	—	10	—
1855	près de 3	—	10	—
1856	plus de 3	—	10	—
1857	moins de 2 1/2	—	10	—
1858 (jusqu'au 15 octobre)	un peu plus de 3	—	10	—

96 enfants n'ont pas été opérés; sur ce nombre, 49 ont guéri. Vous voyez qu'on ne trachéotomise pas tous les croups à notre hôpital.

Le service des filles et le service des garçons sont réunis dans cette statistique. Lorsqu'on les considère séparément, on trouve que l'avantage est tantôt pour l'un, tantôt pour l'autre, de sorte qu'il y a à peu près compensation et égalité de succès dans les deux services. C'est une erreur de M. Malgaigne, déjà relevée par MM. Roger et Sée, d'avoir attribué à M. Guersant la forte proportion des morts parmi les garçons en 1857. C'est moi qui suis chargé du service des garcons, et les opérations y ont été exécutées par les mêmes mains que dans le service de mon collègue M. Blache, qui a les filles. Si j'ai été peu heureux en 1857, j'ai pris ma revanche cette année. Du 1er janvier au 21 novembre 1858, il a été opéré 90 croups, savoir : 40 garçons et 50 filles. 30 ont guéri, dont 13 garçons et 17 filles. C'est sensiblement, pour les deux sexes, la même proportion, 1 sur 3.

28 enfants n'ont pas été opérés; 15 ont guéri. Il y a sur ce nombre 16 garçons, qui ont donné 7 guérisons, et 12 filles, qui en ont donné 8.

L'hôpital Sainte-Eugénie, qui n'existe que depuis quatre ans et demi, a recueilli comme le nôtre le fruit des derniers perfectionnements du traitement chirurgical du croup. La

communication de M. le docteur Barthez nous apprend que, sur 99 enfants opérés dans son service, un sixième a guéri. Cette proportion serait plus grande encore si notre savant collègue n'avait souvent conseillé l'opération chez des enfants qui, dit-il, « par la forme de la maladie et par leur âge, étaient, pour ainsi dire, condamnés à mourir (1). » D'après un relevé que je tiens de bonne source, il a été pratiqué à l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1855, 16 trachéotomies dans des cas de croup ; 4 ont réussi, soit 1 succès sur 4 opérations.

En même temps que la troisième phase de la trachéotomie donnait des guérisons à l'hôpital des Enfants, la pratique particulière de mon collègue M. Guersant ressentait une influence toute semblable. Vous l'avez vu tout à l'heure, dans la deuxième phase, arriver à sa vingt-troisième opération sans sauver un seul malade. Dès qu'il eut modifié sa méthode en ville, comme à l'hôpital, il commença à compter des succès. Son vingt-quatrième malade guérit, et à partir de cette époque il a eu le bonheur de réussir 17 fois sur 82 cas ; c'est un peu plus de 1 fois sur 5.

Pourquoi, demandera-t-on, cette proportion est-elle un peu moindre qu'à l'hôpital? Cela tient, sans doute, à plusieurs circonstances; il en est une que je puis signaler. M. Guersant a opéré un grand nombre d'enfants de familles peu aisées; il lui a souvent été impossible de leur faire administrer les mêmes soins qu'à l'hôpital, et il a perdu plus d'un malade par cette seule cause.

Cet ironique conseil que vous donnait M. Malgaigne, d'envoyer les enfants à l'hôpital pour les guérir du croup, pourrait donc ici être pris au sérieux. Oui, sans doute, quand les parents ne jouissent que d'une demi-aisance, les enfants trachéotomisés seront souvent mieux à l'hôpital, et M. Guersant, fatigué de revers qu'on ne peut imputer à la méthode, ne manque pas aujourd'hui d'engager les familles placées dans ces fâcheuses conditions à faire opérer leurs enfants dans nos salles.

(1) *Moniteur des hôpitaux* du 20 novembre 1858.

M. Trousseau, dans cette troisième phase, devait avoir de brillants succès, après en avoir déjà obtenu dans la deuxième, avec des moyens moins parfaits. C'est aussi ce qui a eu lieu : non-seulement, à l'hôpital, il a contribué, pour sa part, à l'accroissement de nos guérisons, mais il a encore, en ville, guéri ses malades dans une plus forte proportion. De 1850 à 1851, 8 de ses opérés ont guéri sur 18, et les quatre années suivantes il a eu 14 guérisons sur 24 opérés (1). Dans ces cinq ou six années, il a donc réussi 22 fois sur 42, ou dans la moitié des cas.

D'anciens internes de l'hôpital des Enfants ont heureusement reproduit, *en ville*, les cures qu'ils avaient vu s'accomplir à l'hôpital. M. Archambault, sur 12 cas, a guéri 6 malades. M. Millard a opéré un enfant ; il l'a guéri. J'en pourrais citer d'autres exemples, mais je ne puis énumérer tous les faits.

Que disait donc M. Malgaigne, que la pratique *en ville* était aussi désastreuse que par le passé, tandis qu'elle serait infiniment plus heureuse à l'hôpital des Enfants, et que, comme cela est impossible, nos prétendus succès doivent avoir une raison cachée ? Cette supposition gratuite est repoussée, vous venez de le voir, par les succès de MM. Guersant, Trousseau et autres. Et la *raison* supposée ne devrait-elle pas se rencontrer aussi à l'hôpital Sainte-Eugénie, où les résultats sont les mêmes ?

« Rien n'est changé en ville, dit M. Malgaigne, depuis les revers avoués par Roux, Blandin, Amussat, M. Velpeau, puisque la statistique produite par M. Bouchut ne donne que 39 guérisons sur 351 opérés. »

Qu'est-ce, messieurs, que cette statistique de M. Bouchut ?

Supposons un instant qu'en sortant d'ici je rencontre notre collègue M. Huguier, ou M. Robert, ou quelque autre chirurgien d'hôpital ; je l'aborde, et après les civilités d'usage : « Combien, lui dis-je, avez-vous fait de trachéotomies dans votre vie ? » Il me répond qu'il en a fait à peu près dix, vingt,

(1) *Union médicale*, 1851, et *Archives de médecine*, 1855.

ou n'importe quel nombre. « Et combien de fois avez-vous réussi? — *Tant* de fois, *ou* pas une seule fois, dit mon interlocuteur. — Fort bien, je vous remercie. » Supposons qu'à chaque collègue que je rencontre, je répète ces mêmes questions, que j'inscrive toutes les réponses les unes à la file des autres, verriez-vous là une statistique sérieuse de la trachéotomie? Eh bien! c'est ainsi qu'a procédé M. Bouchut. C'est ce qui résulte des déclarations publiques de plusieurs membres de la Société de chirurgie. Aucun d'eux ne s'attendait à voir ces quelques paroles, échangées en courant, traduites à leur insu en une appréciation scientifique de la trachéotomie. Ils s'y seraient pris autrement, croyez-le bien, ces éminents confrères, s'ils avaient voulu faire connaître la valeur réelle de leurs observations. Ils en auraient dit, au moins, le temps et le lieu.

Vous appelez cela la *statistique de la ville!* Mais il y a de tout dans ces chiffres. Il y a des opérations qui remontent à l'internat des chirurgiens nommés, opérations faites on ne sait où, dans le service de l'interne ou dans quelque service voisin, où il aura ranimé pour un instant quelque enfant expirant; si l'existence s'est prolongée, on ne sait par qui ni comment les soins consécutifs ont été administrés dans des salles où le croup et son traitement étaient chose insolite. D'autres faits se sont accomplis dans les hôpitaux où ces internes sont devenus plus tard chefs de service. Dans quelles conditions ces opérations ont-elles été faites? Quels étaient leurs éléments de succès? On l'ignore complétement. Il y a plus, il y a dans cette prétendue statistique des trachéotomies étrangères au croup, faites pour des corps étrangers ou d'autres affections du larynx, tant l'enquête a été rigoureuse et approfondie! Enfin il y a des cas d'opérations pratiquées en ville; quel en est le nombre? Dans quelles circonstances ont-elles été faites? Quelle en a été l'issue comparativement aux trachéotomies faites dans les hôpitaux? On n'en sait rien.

On ne sait pas davantage à quelles années se rapportent ces faits. Ce qu'on peut présumer, ce que quelques-unes des déclarations dont j'ai parlé établissent déjà, c'est qu'une partie

plus ou moins considérable de ces trachéotomies est antérieure à la dernière phase du perfectionnement de l'opération, c'est-à-dire à 1849 ou 1850. Ne voyez-vous pas, dès lors, qu'on n'en peut rien conclure pour ou contre la valeur de la trachéotomie dans sa troisième phase, la seule où l'hôpital des Enfants lui-même ait compté des succès? Et qui sait si la deuxième phase, aux jours néfastes, ne s'est pas prolongée au delà de 1849 et de 1850, si elle ne dure pas encore actuellement, pour des praticiens fort distingués, même haut placés, mais tardivement édifiés sur les derniers progrès du traitement du croup par l'opération?

Que vous en semble, messieurs? Ai-je rien à ajouter sur ce document, composé informe de je ne sais quels éléments hétérogènes, incohérents, confus, ramassés au hasard? M. Malgaigne est-il bien fondé à dire sur la foi d'une pareille statistique : « Rien n'est changé, *en ville*, dans les revers de la trachéotomie. »

Mon honorable collègue a insisté, en particulier, sur une statistique de M. Nélaton, qui est membre de la commission, quoi qu'il n'ait pu concourir à la rédaction du rapport. M. Nélaton a eu 3 succès sur 35 opérations ; mais voici ce que je tiens de sa propre bouche. Ses 23 premières trachéotomies sont antérieures à 1848; toutes ont échoué; c'est le même nombre et le même résultat que dans la première statistique de M. Guersant. De même que M. Guersant, M. Nélaton a guéri son vingt-quatrième malade, et il en a guéri 2 autres sur 11 qu'il a opérés depuis. C'est que, comme M. Trousseau, c'est que, comme les médecins de l'hôpital des Enfants, il avait modifié ses procédés; il était entré avec nous dans la troisième phase de la trachéotomie. Ces résultats sont donc parfaitement d'accord avec les nôtres, loin de leur être contraires.

J'arrive, messieurs, à une question qui m'est presque personnelle.

M. Malgaigne, dans sa manière de supputer les faits, trouvant notre statistique de l'hôpital trop chargée de succès, en a voulu trouver l'explication ailleurs que dans la perfection

des moyens et dans la manière dont ils sont appliqués : « Il y a une autre *raison*, s'est-il écrié, et je la dirai. » Là-dessus mon honorable collègue a formulé une seconde édition de l'accusation déjà énoncée par M. Bouchut, accusation que j'avais repoussée dans une précédente séance.

« On opère de bonne heure, de trop bonne heure à l'hôpital des Enfants; on opère avant l'asphyxie; on opère *dans la deuxième période;* les internes s'effrayent aisément devant un simple accès de suffocation, et ils se pressent d'opérer; on opère même quand il n'y a pas de fausse membranes; de là des guérisons faciles, par la trachéotomie, de maladies qui eussent guéri sans elle. » C'est à peu près dans ces termes que MM. Bouchut et Malgaigne s'expriment sur ce qui se passe dans notre hôpital. J'avais affirmé qu'il ne s'y faisait pas une trachéotomie sans une nécessité bien reconnue. M. Malgaigne ne tient pas compte de mon affirmation; il préfère en croire M. Bouchut. De quel côté est la vérité? De quel côté l'erreur? C'est ce qu'il s'agit maintenant de rechercher.

Avant tout, il faut s'entendre sur les mots *deuxième période;* car il pourrait bien y avoir ici une pure logomachie.

Les périodes de beaucoup de maladies, celles du croup en particulier, sont quelque chose d'arbitraire qui n'a rien de fixe, que chacun peut *arranger* à sa guise. Or, la plupart des auteurs classiques ont divisé le croup en trois périodes. La première n'est pas encore le croup; elle le précède; c'est une laryngite simple, souvent avec angine couenneuse. La deuxième période de ces auteurs est le croup confirmé, caractérisé par la pseudo-membrane et par les premiers symptômes qu'elle produit. La troisième période est la période d'aggravation de la maladie et d'asphyxie.

Mais depuis longtemps, à l'hôpital des Enfants, à tort ou à raison, on n'emploie plus ce langage. On n'y appelle plus *première période du croup* ce qui n'est pas le croup. La première période est le commencement du croup confirmé, avec fausses membranes. La deuxième période est l'asphyxie commençante; la troisième, l'asphyxie avancée, la mort imminente.

Opérer dans la *seconde période*, ce n'est donc pas opérer avant le début de l'asphyxie; ce n'est pas opérer pour une asphyxie *qui n'existe pas encore*, dans la crainte d'une asphyxie *qui menace de se produire* (expressions de M. Bouchut).

La thèse de M. Millard, qu'on invoque, a été mal lue ou mal comprise. Les termes en sont précis. « C'est la *deuxième période*, dit ce médecin distingué, c'est la deuxième période, quand nous avons été maître de la choisir, c'est-à-dire celle *du début des phénomènes d'asphyxie*, caractérisée déjà par le sifflement laryngo-trachéal uni à la dyspnée croupale, par les accès de suffocation et par un commencement de cyanose, qui nous a procuré, comme toujours, le plus grand nombre de guérisons (1). »

Mais, dira M. Malgaigne, il ne faut pas même opérer à ce moment; c'est encore trop tôt; attendez, attendez « la dernière période du croup; » attendez que « la mort soit imminente; » attendez, dit M. Bouchut, l'*anesthésie!*

Voici enfin, messieurs, la question ramenée à ses véritables termes, question grave, très grave, sur laquelle on peut être partagé d'opinion, comme sur l'époque où il faut amputer un membre qu'on ne croit pas pouvoir conserver. Ne doit-on opérer le croup qu'au dernier degré de l'asphyxie, quand l'agonie est là, tout près de vous, menançante, quand l'enfant n'a plus qu'un reste de souffle qu'il va perdre dans un instant? Ou faut-il, toutes les fois qu'on le peut, opérer aussitôt que, malgré les moyens employés, la respiration est tellement compromise que la vie doit s'éteindre inévitablement par les progrès croissants du mal?

Pour nous, nous dirons, jusqu'à ce qu'on nous démontre le contraire, que cette question vitale est résolue par la pratique et les travaux de M. Trousseau, par la pratique et les publications de M. Guersant, par la pratique de l'hôpital des Enfants, de l'hôpital Sainte-Eugénie, et par les travaux qu'elle a produits. Nous dirons que tous les faits s'accordent

(1) *De la trachéotomie dans les cas de croup*, p. 28. Paris, 1858.

à prouver que, lorsqu'il est une fois reconnu que l'opération sera inévitable plus tard, il y a toujours avantage à la faire plus tôt.

Cette règle est celle que vous trouverez dans la plupart des ouvrages écrits par des médecins, parce que, à quelques exceptions près, les médecins ont mieux étudié le croup que les chirurgiens.

« La trachéotomie, dit Valleix, doit être pratiquée toutes les fois que les symptômes d'asphyxie *commencent*, que la voix est éteinte et que les efforts de la toux ne parviennent pas suffisamment à expulser les fausses membranes..... Dans les cas où le trouble de la respiration serait extrême, et où, malgré les médications les plus énergiques, vous n'obtiendriez pas l'expulsion de la fausse membrane, n'attendez pas..... *Votre apparente témérité sera de la prudence aux yeux de celui qui a étudié les faits* (1). »

« Pour que cette opération, dit notre savant collègue M. Grisolle, pour que cette opération, qui par elle-même ne présente aucune gravité, offre encore quelque chance de salut, on ne doit pas la faire trop tard et *lorsque l'asphyxie est déjà avancée* ou bien lorsque les forces sont très prostrées (2). »

Je ne veux pas multiplier ces citations ; cependant je vous demande grâce pour cette dernière.

« Lorsque tous les moyens ont échoué, et que la maladie, chaque jour plus grave, a produit cet état *voisin de l'asphyxie*, dans lequel un accès de suffocation *peut* entraîner la mort de l'enfant, il faut pratiquer la trachéotomie. » Ces paroles si formelles sont tirées de la dernière édition d'un *Traité des maladies des enfants*, publié en 1855 par M. le docteur Bouchut (1). Nous ne pouvons qu'être flattés, nous ses collègues dans les hôpitaux, de trouver dans son livre l'approbation de nos principes.

(1) Valleix, *Guide du médecin praticien*. Paris, 1853, t. I, p. 214.

(2) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, 1855, t. I, p. 303, 6e édit.

(3) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, p. 300, 3e édition. Paris, 1855.

Tel est l'état de la science ; les succès de l'hôpital des Enfants sont en partie dus, je le reconnais, je le proclame, à ce qu'on s'y conforme le plus possible à des doctrines basées sur une expérience de plus de trente ans. Mais, même ainsi comprise, la *raison* que M. Malgaigne donne de ces succès n'est pas et ne saurait être la seule, puisque les croups que nous opérons dans la dernière période nous donnent encore une guérison sur cinq ou six malades, comme le prouvent les relevés de MM. Letixerant et Millard.

M. Malgaigne nous adresse cette question : « Si la mort n'est pas imminente, comment savez-vous qu'elle arrivera ? » Question, j'oserais dire, singulière pour un clinicien, pour un chirurgien d'hôpital. Nous n'en savons rien, vous avez raison, Dieu seul sait les choses futures ; nous n'en savons pas plus que vous, quand vous prononcez sur ce qui adviendra d'un membre, d'un individu blessé ; mais nous jugeons, comme vous chirurgien, par les signes ; nous ne sommes ni plus ni moins infaillibles que vous-même, quand vous vous décidez à couper un sein, à amputer un membre.

Mais les internes ! Jugent-ils bien, eux, par les signes ? M. Guersant n'a-t-il pas arrêté un jour leur main trop prompte ? Soyez mieux sur vos gardes, chefs de service ! *Caveant consules.* Voilà ce que, comme moi, vous avez entendu.

Eh quoi ! ce pouvoir d'éloquence, cet éclat d'un talent incontesté, ne s'appuieront-ils que sur des suppositions hasardées, sans preuves ? Quoi ! ils sembleront à tout instant prendre plaisir à torturer les faits, comme pour en tirer de trompeuses lumières ! Comme si l'éminent orateur s'était trop pénétré de ces paroles de Cicéron, faites pour une autre tribune : « *Omnia torquenda sunt ad commodum suæ causæ* (1). » (Il faut que l'orateur tourne tout à l'avantage de sa cause).

M. Millard, dans sa lettre de ce jour, a fait voir clairement que M. Guersant n'avait pas arrêté la main des internes ; je ne reviens pas sur cet incident.

(1) Cicér., *De inventione*, liv. I, § 21, édition de Leclère, t. III.

Pour ce qui nous concerne, mes collègues et moi, chargés du dépôt précieux d'une fraction intéressante de la santé publique, nous y veillons avec tout le zèle dont nous sommes capables ; la vie des enfants pauvres pourrait avoir sans doute des gardiens plus habiles; elle n'en aura pas de plus dévoués.

Quant à MM. les internes, *qui se pressent trop d'opérer*, un fait, entre mille, vous en dira plus que toutes les hypothèses qu'on peut faire à ce sujet.

Il y a peu de temps, on apporte à l'Hôtel-Dieu un enfant suffoquant; il avait le croup. Un des chirurgiens de l'hôpital ne voit de ressource que dans une trachéotomie immédiate, et veut le placer sur-le-champ dans ses salles. Le directeur s'oppose, le règlement en main, à ce qu'un enfant soit admis dans un hôpital d'adultes. C'était un formaliste, un de ces fonctionnaires que redoutait Talleyrand, qui ont du *zèle*. Le chirurgien proteste, s'écrie qu'il n'y a pas un moment à perdre, que l'enfant est à l'extrémité, qu'il rend le directeur responsable de cet acte de barbarie. Le directeur, impassible, dirige l'enfant sur la rue de Sèvres. Là, les internes examinent le petit malade et jugent qu'il n'y a pas urgence ; ils attendent..... quarante-heures ! L'enfant ne fut trachéotomisé que *deux jours après*. Deux jours! c'est un siècle quand il s'agit d'un croup déjà suffocant. Et l'on dira que nos internes se pressent trop (1) !

Au surplus, permettez, messieurs, qu'ils s'expliquent eux-mêmes par ma bouche; leur modestie vous fera mal voir le bien dont on leur est redevable; mais les faits suppléeront à leur silence. J'extrais les passages suivants d'une lettre qu'ils ont bien voulu m'adresser :

(1) Voici un autre fait non moins significatif.

En décembre 1856, MM. les docteurs Brochin et Chatillon sont appelés en toute hâte pour une petite fille de trois à quatre ans, en proie aux angoisses d'un vrai croup. Ils décident que la trachéotomie est urgente ; mais la misère des parents les empêche d'opérer l'enfant à son domicile; ils l'envoient à l'hôpital des Enfants. L'interne de garde *juge* qu'il y a lieu d'attendre....., et l'enfant guérit sans opération.

« La deuxième période du croup, disent MM. les internes de l'hôpital des Enfants, la période d'*asphyxie commençante*, a pour signes une respiration laborieuse avec sifflement laryngo-trachéal, dépression considérable du creux épigastrique, toux et voix éteinte, accès de suffocation, pouls fréquent, abattement avec somnolence, ou, au contraire, agitation continuelle. Lorsqu'un enfant est apporté à l'hôpital dans ces conditions, l'interne de garde s'enquiert avec soin de la marche des accidents, et quelle que soit la *pression* exercée sur lui par les parents ou le médecin du dehors, *il n'opère jamais immédiatement;* mais il fait administrer à l'enfant un vomitif composé exclusivement d'ipécacuanha, et non l'émétique, dont l'effet est désastreux. Puis il surveille attentivement l'effet de ce vomitif, qui a le plus souvent pour résultat de déterminer le rejet de mucus ou de fausses membranes, et de diminuer d'autant la dyspnée. On gagne de la sorte quelques heures, pendant lesquelles l'interne observe l'enfant. Si l'état reste le même, il temporise jusqu'à l'arrivée du chef de service; s'il voit, au contraire, la dyspnée s'accroître rapidement, les accidents généraux s'aggraver, et des accès de suffocation fréquents et rapprochés se joindre à la dyspnée, *c'est alors qu'il opère.*

» Dans la troisième période, il faut distinguer deux variétés, l'asphyxie avec cyanose et l'asphyxie avec pâleur.

» Dans l'asphyxie avec cyanose, il y a turgescence de la face avec coloration violacée; les lèvres sont bleuâtres, les yeux humides et saillants, les veines du cou considérablement gonflées; le pouls est d'une extrême fréquence, la peau chaude et couverte de sueur, l'anxiété extrême, l'agitation considérable, et parfois alors l'enfant se roidit comme dans un effort suprême.

» Dans l'asphyxie avec pâleur, la face est remarquablement livide, les lèvres, pâles, sont marbrées de violet, les yeux sont éteints et les pupilles dilatées; le corps, froid et couvert d'une sueur visqueuse, est dans une résolution complète; et le malade, presque *cadavérisé*, déjà indifférent à ce qui l'entoure, va s'éteindre bientôt. Même dans ce cas, l'anesthésie peut manquer, et ce signe perd ainsi toute valeur.

» Or, dans l'asphyxie avec cyanose, comme dans l'asphyxie avec pâleur, l'interne de garde opère immédiatement.

» Les internes de l'hôpital des Enfants n'opèrent que bien rarement les enfants au-dessous de deux ans, et ils n'opèrent qu'avec une certaine répugnance ceux qui ont de deux ans à deux ans et demi. Quand il y a, soit intoxication manifeste, soit diphthérie généralisée, la mort arrivant plutôt par le fait de l'infection de l'organisme que par l'obstruction du larynx, les internes de l'hôpital *n'opèrent point*. Il est, en effet, d'observation que la trachéotomie accélère alors la terminaison fatale plutôt qu'elle ne la retarde.

» Toutes les fois que l'opération est reconnue urgente, l'interne de garde recherche avec soin s'il y a pneumonie ; il opère s'il ne découvre qu'une pneumonie simple, peu étendue, et si l'état général est bon d'ailleurs ; il s'abstient si la pneumonie est double.

» *Signé :* ALMAGRO, COLLIN, COULON, Dr DUPUIS, GAUTHIER, GROS, PETER. »

M'arrêterai-je à ces deux ou trois croups sans fausses membranes, où la trachéotomie, pratiquée soit par un interne, soit par un chef de service, est incriminée par M. Malgaigne ? Je n'ai qu'un mot à en dire : c'est qu'il existait alors, même aux yeux des chefs de service, tous les signes de l'asphyxie à la troisième période, et que, sous ce rapport, l'opération était parfaitement indiquée. Qui ne sait que M. Scoutetten a opéré lui-même sa fille dans un cas semblable, et qu'il l'a sauvée (1) ?

Je n'ai plus, messieurs, qu'une tâche à remplir : c'est de témoigner publiquement, en mon nom et au nom des autres chefs de service de l'hôpital des Enfants, notre juste gratitude à ces jeunes hommes qu'on a failli méconnaître, à ces jeunes hommes qui, depuis dix ans, passent à tour de rôle dans nos salles pour y recueillir les bénédictions des familles. Je voudrais les nommer tous ; ils sont plus de cent, qui tous ont

(1) *Gazette médicale*, 1845, p. 707.

concouru à cette statistique de nos guérisons désormais inattaquable. Je voudrais leur dire à tous et à chacun que nous garderons éternellement la mémoire de leur zèle et de leur labeur; mais ils se reconnaîtront du moins, et vous les reconnaîtrez, quand ils vous diront : « Et moi aussi, j'en étais de cette grande lutte contre un des plus redoutables ennemis des générations naissantes; et moi aussi, j'en ai ma part, de ces victoires qui l'ont plus d'une fois terrassé! »

—

LECTURES.

M. le docteur VERNEUIL donne lecture d'un mémoire intitulé : *Étude de physiologie pathologique. Examen d'un point de l'étiologie des fistules.* (*Commissaires :* MM. Cruveilhier, Hervez de Chégoin et Barth.)

(Extrait par l'auteur.)

Tous les auteurs qui, de nos jours, traitent de l'étiologie des fistules ne manquent pas de ranger parmi les causes les plus efficaces de ces lésions le passage des liquides sécrétés par les ouvertures accidentelles qui sont le point de départ des trajets fistuleux, et plusieurs lois de physiologie pathologique semblent venir à l'appui de cette opinion. D'abord, la plupart, sinon la totalité des fluides sécrétés jouissent de propriétés irritantes, et il était naturel de supposer que, mises en contact avec les lèvres d'une plaie récente, les matières excrétées en frapperaient de mort au moins la couche superficielle et rendraient la réunion impossible.

Puis, toutes choses égales d'ailleurs, si on suppose sur le même individu deux plaies non réunies, dont l'une n'intéressera que la peau, les muscles et le tissu cellulaire, tandis que l'autre sera traversée par un fluide excrété, la première guérira en général assez vite et sera comblée par une cicatrice solide; l'autre, au contraire, tardera plus longtemps à se couvrir de bourgeons charnus; ceux-ci seront ordinairement pâles et blafards, quelquefois mollasses et fongueux, quelquefois

durs et calleux ; la cicatrisation sera en général lente et pourra même faire défaut : d'où une fistule permanente.

En généralisant outre mesure ce qui s'est présenté dans un grand nombre de faits, les chirurgiens en arrivèrent à attribuer presque exclusivement au passage des *excreta* les fistules qui persistent souvent après l'ouverture des conduits muqueux ; le traitement de ces fistules consistait dès lors essentiellement à empêcher le contact de ces matières avec la solution de continuité. Ainsi Chopart, en parlant des fistules vésico-vaginales, dit que la cure consiste à détourner l'urine de la route étrangère et à lui donner issue par la voie naturelle, et la science nous offre à chaque pas des préceptes analogues.

Pourtant, lorsque la question de savoir si les matières sécrétées en contact avec une plaie récente, abandonnée à elle-même, empêchent la réunion immédiate, est posée, la réponse sera tantôt affirmative, tantôt négative ; et tout le monde sait qu'une plaie baignée pendant un temps limité, par la salive, les larmes, les matières fécales et l'urine, ne sera nullement soustraite pour cela aux chances favorables de la réunion par première intention habilement poursuivie par le chirurgien.

Si, d'autre part, les matières excrétées en contact avec une solution de continuité abandonnée à elle-même empêchaient la cicatrisation secondaire, la fistule permanente serait inévitable, et l'art devrait intervenir toujours ; le plus tôt serait le meilleur. Mais en revanche, s'il n'en est pas ainsi, il faudra admettre l'existence d'un procédé naturel luttant avec avantage contre l'influence démontrée nuisible des matières excrétées ; on devra, il est vrai, favoriser ce procédé par tous les moyens possibles. Mais il faudra aussi savoir parfois s'abstenir, rester spectateur et ne pas contrarier, par une intervention intempestive, un travail réparateur qui n'a nul besoin d'être troublé.

Or, il est d'abord d'observation que les plaies par incision ou par excision qu'on pratique dans les cavités muqueuses, aussi bien que les ulcérations simples, ou ramenées à l'état simple, se cicatrisent par seconde intention, malgré le contact non interrompu de fluide que renferme la cavité lésée. L'ana-

logie porte à croire qu'il en sera de même pour les trajets perforants, aboutissant à ces mêmes cavités, et l'expérience est tout à fait concordante.

M. Verneuil démontre cette dernière proposition par des exemples irréfragables, tels que la guérison spontanée de la taille, des fistules vésico-vaginales, des perforations intestinales, suites de hernies étranglées avec gangrène, ou de celles des voies biliaires par des calculs, de la déchirure centrale du périnée, des ouvertures de la trachée, etc. Les physiologistes qui s'efforcent d'établir des fistules, soit aux conduits excréteurs, soit aux réservoirs muqueux, pour l'étude des fluides glandulaires, s'accordent d'ailleurs à dire que le maintien de ces ouvertures est très difficile; et de même, l'urèthre devient imperméable à la suite des ulcérations syphilitiques ou autres, des plaies transversales et des ruptures qu'on a laissées sans traitement. C'est encore ainsi que, malgré l'écoulement des lochies et du sang menstruel, le col de la matrice, le vagin, la vulve même s'oblitèrent complétement à la suite d'accouchements laborieux, et qu'à la suite de brûlures, d'ulcérations diverses, l'orifice des narines, des points lacrymaux, l'ouverture anale, les fentes buccale et palpébrale se rétrécissent jusqu'à l'oblitération totale. Et enfin, le passage incessant des aliments, des boissons, de la salive, des mucosités buccales, nasales et pharyngiennes a-t-il empêché l'oblitération complète de l'œsophage à la suite de certaines ulcérations simples?

La chirurgie, en présence d'une oblitération congénitale accidentelle, n'est pas plus heureuse, et l'on sait les difficultés qu'on éprouve tous les jours à maintenir, malgré les moyens mécaniques d'usage, l'orifice artificiel établi dans les cas d'occlusion congénitale de l'anus ou du rectum. L'histoire des fistules lacrymales, de la grenouillette, de l'uréthrotomie faite pour remédier à des altérations de l'urèthre, abonde en exemples du même genre. Est-il encore sérieux d'accuser l'urine et les fèces d'empêcher la cicatrisation des plaies quand on guérit tant de fistules urinaires et anales par de larges incisions qui sont dès lors abreuvées par les substances susdites.

Les matières excrémentitielles ne peuvent donc empêcher la cicatrisation secondaire des plaies, et elles sont par conséquent incapables à elles seules d'amener la formation des fistules permanentes. Leur rôle véritable, que M. Verneuil se propose d'établir plus au long dans un autre travail, est secondaire. La raison de la persistance des fistules est pour lui dans les causes générales et locales, constitutionnelles et anatomiques qui empêchent la consolidation des plaies ou des ulcères ordinaires; il pense qu'on a admis trop facilement des causes spéciales, mécaniques ou autres, au mépris des conditions plus vulgaires et plus puissantes, et que dans cette proposition : *les ouvertures ne se cicatrisent pas parce que l'écoulement du liquide est continu*, on pourrait fort bien changer les termes et dire : *l'écoulement du liquide est continu parce que les ouvertures ne se cicatrisent pas.*

M. Verneuil termine en signalant quelques-unes des erreurs pratiques qu'ont enfantées les principes théoriques sans base sérieuse qu'il combat, dans le traitement des fistules de toute espèce, et surtout des fistules lacrymales et salivaires, et en insistant sur l'utilité d'un travail qui, traçant l'histoire des hypothèses déchues, éluciderait les causes de leur grandeur et de leur décadence. « Réfuter une erreur, dit-il, c'est mettre au jour les vérités voisines, c'est faire pour notre science ce que fait le laboureur quand il déracine une mauvaise plante qui a crû dans son champ et privé le bon grain de sa part de soleil. »

—

COMMUNICATION.

Gangrène du cerveau.

M. Baillarger présente un cerveau qui offre sur le lobe moyen de l'hémisphère droit une partie gangrenée; cette partie, d'un pouce environ d'étendue, est brune, ramollie, et offrant avant la macération dans l'alcool une odeur fétide assez prononcée.

Autour de ce point, les circonvolutions avaient une teinte

ardoisée qui tranchait avec la couleur blanche du reste de la surface cérébrale.

On trouve donc réunis ici tous les caractères de la gangrène.

M. Baillarger rappelle que presque tous les anatomo-pathologistes mettent en doute cette altération, à part les cas de maladies des os du crâne. Dans le fait dont il s'agit, la gangrène était véritablement spontanée et indépendante de toute autre altération au moins appréciable.

Les gros vaisseaux du cerveau ne présentaient pas de traces d'ossifications.

La malade était une femme de quarante-six ans, atteinte d'une manie congestive avec délire ambitieux.

M. Baillarger a déjà publié une observation de gangrène du cerveau, et un second fait recueilli dans son servive a été présenté à la Société anatomique par M. Marcé. M. Delasiauve avait aussi rencontré cette gangrène à Bicêtre, et l'observation a été insérée dans les archives.

Une remarque singulière, c'est que ces gangrènes du cerveau semblent se rencontrer presque exclusivement chez les malades atteints de démence paralytique. Elles n'affectent que la substance grise, et s'observent surtout à la base du cerveau.

Quand l'altération commence, il n'y a ni ramollissement ni odeur fétide, mais seulement une teinte ardoisée. Aussi a-t-on plus d'une fois, dans ce cas, méconnu sa nature. Sa cause anatomique est encore inconnue; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle ne succède point ici à une inflammation, mais à une simple congestion très vive. Peut-être est-elle le résultat de l'oblitération de quelques vaisseaux.

Plusieurs fois, dans ces cas, M. Baillarger a vu quelques bulles de gaz au-dessous des membranes.

La séance est levée à cinq heures.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Discours prononcé par M. le professeur Grisolle dans la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris, le 15 novembre 1858.

Chevaux anglais pur sang reproducteurs en Normandie, par M. Huzard.

Note sur les publications médico-chirurgicales du docteur Bourgeois (d'Étampes).

Préceptes analytiques sur l'héméralopie, par M. le docteur Coindet (Léon), médecin aide-major au 7e bataillon de chasseurs à pied. (Renvoi à M. Larrey, comme document à consulter.)

De la prophylaxie de l'infection purulente, par M. le professeur Deroubaix (de Bruxelles).

Rapport général sur les travaux du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Seine-Inférieure pendant les années 1856 et 1857.

Rapport sur les travaux du Conseil central de salubrité et des conseils d'arrondissement du département du Nord, pendant l'année 1857.

Rapport de M. Bigot sur les vaccinations pratiquées pendant l'année 1857 dans le département de l'Eure.

Journal des vétérinaires du Midi. Octobre.

La Revue médicale française et étrangère. 15 octobre.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 5.

La Revue thérapeutique du Midi, 15 novembre.

Revue thérapeutique médico-chirurgicale, n. 22.

Note sur la recherche de l'iode par l'amidon, par MM. Henry fils et E. Humbert.

Le Progrès, n. 47.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 47.

L'Abeille médicale, n. 47.

La France médicale et pharmaceutique, n. 51.

Gazette médicale de Paris, n. 47.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 136 à 138.

L'Union médicale, n. 137 à 139.

Gazette des hôpitaux, n. 135 à 137.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 20.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies informe l'Académie qu'il l'a comprise dans la liste des corps savants qui recevront la Notice minéralogique sur les provinces d'Alger et Oran, par M. Ville.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un appendice au Mémoire envoyé par M. le docteur JOBERT, sur la constitution médicale du canton de la Ferté-sur-Amance. (*Commission des épidémies.*)

II. De nouveaux échantillons d'eau minérale puisée aux sources de Labetz-Biscaye (Basses-Pyrénées), pour être analysés. (*Commission des eaux minérales.*)

III. La recette et l'échantillon d'un élixir médicamenteux présenté par le sieur REPITON. — La recette d'une préparation médicamenteuse préconisée contre la teigne. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Les tableaux de vaccinations pratiquées en 1857 dans le département de la Charente. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. BERTHÉ soumet à l'Académie une note sur l'impossibilité qu'il y a, selon lui, à pratiquer le titrage absolu de l'opium. (Cette note n'a pas paru au conseil devoir être renvoyée à une commission.)

II. Note sur l'ataxie locomotrice progressive, par M. Duchenne (de Boulogne).

« Monsieur le Président, abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire, tels sont les caractères fondamentaux de la maladie que je me propose de décrire. Ses symptômes et sa marche en font une espèce morbide parfaitement distincte; je propose de l'appeler *ataxie locomotrice progressive*.

» Voici comment je suis arrivé à la connaissance de cette maladie.

» Depuis quelques années (six ans), je me suis mis à rechercher l'état de la force des mouvements partiels dans les conditions de santé et de maladie. Je n'ai pas tardé à reconnaître alors qu'un assez grand nombre d'affections dont les mouvements semblaient affaiblis ou abolis, et que l'on désignait sous le nom de *paraplégies*, ou de *paralysies générales*, n'étaient rien moins que des paralysies; que dans ces cas, au contraire, la force des mouvements était considérable, quand je la mesurais les malades étant assis ou dans la position horizontale. Je remarquai en outre que les malades ne pouvaient conserver la station sans osciller ou tomber, ni marcher sans appui et sans projeter en avant les membres inférieurs d'une manière plus ou moins désordonnée. Ces troubles fonctionnels, qui n'avaient lieu que pendant l'exercice des mouvements volontaires et n'étaient compliqués ni de tremblement des membres, de la langue ou des lèvres, ni de spasmes cloniques, qui enfin ne s'observaient que chez l'adulte, étaient évidemment produits par une lésion fonctionnelle, par la perte de la coordination des mouvements.

» Les individus qui en étaient affectés présentaient un ensemble de phénomènes identiques : même début, mêmes symptômes, même marche, même terminaison. Ainsi, chez la plupart, la paralysie de la sixième paire, plus rarement de la troisième paire, ou l'affaiblissement et même la perte de la vue avec inégalité des pupilles, étaient des phénomènes ou de

début, ou précurseurs des troubles de la coordination des mouvements. Des douleurs térébrantes, caractéristiques, vagabondes, erratiques, de courte durée, rapides comme l'éclair ou semblables à des décharges électriques, attaquant toutes les régions du corps, accompagnaient ou suivaient ces paralysies locales. Ces phénomènes constituaient une première période. — Puis après un temps plus ou moins long (de quelques mois à plusieurs années), apparaissaient, dans une seconde période, des troubles de l'équilibration et de la coordination des mouvements; en même temps, la diminution ou la perte de la sensibilité tactile et douloureuse (analgésie et anesthésie), d'abord dans les membres inférieurs, ou quelquefois dans les membres supérieurs. — Enfin, dans une troisième période, la maladie se généralisait.

» Dans le cours de la maladie survenaient souvent des désordres dans les fonctions de la vessie et du rectum, sans présence de glycose ou d'albumine dans les urines. L'intelligence restait normale; la parole n'était ni hésitante, ni embarrassée; la contractilité électro-musculaire était intacte, et les muscles ne subissaient pas l'altération graisseuse. Ordinairement, enfin, la maladie était *progressive* dans le sens (faussé) que lui avait donné *Requin*, c'est-à-dire que non-seulement elle avait une tendance à la généralisation, mais aussi qu'elle se terminait souvent d'une manière fatale.

» Tout le monde verra sans doute, ainsi que moi, dans cette peinture, une espèce nosologique distincte.

» Veuillez agréer, etc. »

III. La Société royale médicale et chirurgicale de Londres adresse ses remercîments à l'Académie, pour l'envoi du tome XXIIe des *Mémoires de la Compagnie*.

IV. M. le docteur Bourgeois (d'Étampes) se porte candidat à la place de correspondant, et envoie le résumé de ses titres. (*Commission des correspondants.*)

V. M. le docteur Bourguet (de Rodez) adresse à l'Académie, au sujet de la lecture de M. Trudeau sur la *gangrène*

spontanée, la relation d'un fait de ce genre dont il a été témoin en 1839. (*Commissaires :* MM. Larrey, Nélaton et Robert.)

VI. M. le docteur Girault soumet à l'examen la description et le dessin de canules pour l'opération de la trachéotomie. (*Commissaires :* MM. Blache, Nélaton et Trousseau.)

VII. MM. Lanquetin, Faure et Combes déposent chacun un pli cacheté, avec prière de les conserver dans les archives de l'Académie. (*Acceptés.*)

VIII. Lettre de M. Marc d'Espine (de Genève).

« Monsieur le Président, j'ai l'honneur de vous prier de faire hommage de ma part, à l'Académie de médecine, de l'exemplaire ci-joint de ma *Statistique mortuaire comparée.*

» Ce livre, essentiellement médical, quoique son titre ne l'indique pas, est le premier essai qui ait été tenté, jusqu'ici, de *fonder l'étiologie médicale* sur des documents *qui embrassent des populations entières.*

» Jusqu'à présent, la fréquence des maladies selon les diverses conditions générales du sexe, de l'âge, des saisons, etc., a été appréciée au moyen de collections de faits recueillis dans les hôpitaux. Cette base, exacte quant aux faits, mais artificielle quant à la combinaison de ces faits, était sans rapport corrélatif avec les éléments naturels de la population ; il fallait, pour résoudre avec plus de sûreté les questions de fréquence selon les causes générales des maladies, *opérer sur l'ensemble d'une population*, prise en quelque sorte sur le fait. La réalisation de cette méthode ne pouvait être obtenue que par l'indication de la maladie cause de chacun des décès d'une population, pour un laps de temps suffisant.

» J'ai donc recueilli, avec le concours zélé de mes confrères, *la cause de mort des dix-sept mille décès qui ont eu lieu dans la population*, tant rurale qu'urbaine, *du canton de Genève pendant treize ans.* Ces dix-sept mille renseignements, soigneusement examinés un à un, forment la base originale de l'essai que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie. Et pour que ce travail donne le dernier mot sur l'étiologie générale des maladies mortelles, en attendant que d'autres recueillent

des matériaux analogues et meilleurs, j'ai mis incessamment, à propos de chaque maladie, mes propres résultats en parallèle, soit avec ceux plus imparfaits que j'ai trouvés dans les statistiques officielles de divers États, soit avec les statistiques particulières des auteurs, lesquelles ont seules jusqu'ici servi à éclairer l'étiologie médicale.

» J'espère que l'œuvre laborieuse que je viens de mener à bonne fin mettra en évidence l'avantage que la science retirerait d'une bonne organisation de l'enquête sur les causes des décès, dans tous les États où la chose est faisable.

» Il y a plus de deux ans que j'ai soumis au gouvernement français un projet d'organisation médicale de la France; et la correspondance que j'ai suivie dès lors avec le ministre éminent qui dirige la statistique générale de l'Empire l'a conduit à poser à l'Académie les questions relatives à la statistique des causes des décès, qu'elle a examinées l'an dernier (1). — Le livre que je viens de publier et de dédier à ce ministre distingué plaidera, j'ose l'espérer, en faveur de l'organisation médicale de la France avec plus d'éloquence que les motifs que j'avais fait valoir auparavant.

» Qu'il me soit permis de rappeler à l'Académie, en terminant cette lettre, la lettre-mémoire que j'ai eu l'honneur de lui adresser en mai 1856, avant les questions posées par le ministre. Cette lettre esquissait le triste état où se trouve la statistique médicale en France, et invitait l'Académie, corps d'élite de la médecine française, à provoquer chez les praticiens de la France l'engagement de fournir à l'administration des renseignements sur tous les malades qu'ils perdent.

» M. Guérard fut nommé rapporteur, et j'espérais qu'il joindrait plus tard ce rapport à celui qu'il a été chargé, depuis, de faire à propos des questions posées par le ministre sur un objet analogue, et à mon instigation. Mon espoir a été déçu, et le rapport sur ma lettre est encore à faire.

» Peut-être le livre que je présente à l'Académie, en faisant comprendre l'importance de ma proposition, pleine toujours

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XXIII, p. 32 à 109.

d'actualité, quoique vieille de date, engagera-t-il l'Académie à adresser un nouvel appel au rapporteur.

» Veuillez agréer, etc. »

—

DISCUSSION.

Tubage de la glotte et trachéotomie.

M. Trousseau : Messieurs, j'aperçois sur son banc un de nos collègues que nous serions si heureux d'y voir plus souvent, M. Davenne, directeur général de l'assistance publique. J'apprends qu'il a été vivement blessé d'une expression de mon rapport. J'avais parlé d'une administration quelquefois *peu bienveillante*. Si quelque chose a dû m'étonner, c'est que M. Davenne ait pu prendre cela pour lui ; chacun connaît et apprécie sa parfaite urbanité et son extrême bienveillance. Je n'avais fait allusion qu'à des agents subalternes de l'administration qui, en effet, lorsque la trachéotomie a commencé à être pratiquée plus souvent à l'hôpital des Enfants, nous avaient suscité d'assez fâcheux obstacles. Si pourtant, après ce que je viens de déclarer, il pouvait rester quelque nuage dans l'esprit de M. Davenne, les paroles que j'ai dites, les paroles que j'ai écrites, je suis prêt à les retirer et à les désavouer.

Cela dit, messieurs, je réponds au discours de M. Malgaigne.

M. Malgaigne, en commençant, semblait craindre qu'on ne le prît pour l'esclave insulteur du triomphe antique. D'abord il n'y avait ni triomphe ni triomphateur : un homme avait reçu de l'Académie l'ordre de lui faire un rapport ; dans ce rapport, il avait exposé simplement ce qu'il croyait être la vérité, et comme ce qu'il avait dit était l'écho de l'opinion de tous les membres de cette Académie, le rapport a été accueilli avec quelque bienveillance dans cette enceinte et peut-être au dehors.

D'un autre côté, qui pourrait prendre M. Malgaigne pour un insulteur? Ce n'est pas que M. Malgaigne ménage le sar-

casme et l'ironie, mais il le fait avec tant d'atticisme et de grâce, que ceux-là même qu'il frappe du fouet de ses plaisanteries lui ont bien vite pardonné, en faveur du plaisir qu'ils trouvent à l'écouter et à le lire. M. Malgaigne a en effet le double privilége que, lorsqu'il défend une bonne cause, et cela lui arrive souvent, il a beaucoup d'éloquence, et il en a trop quand il en défend une mauvaise, ce qui lui arrive rarement. Toutes les fois donc que M. Malgaigne montera à la tribune, chacun de nous l'accueillera avec un vif plaisir et l'en remerciera.

M. Malgaigne m'a reproché la précipitation que j'avais mise à préparer le rapport que j'ai présenté à l'Académie. En effet, le 11 septembre M. Bouchut lisait son travail à cette tribune, et six semaines plus tard je lisais le mien. C'est la première fois peut-être que, dans cette enceinte, un académicien s'est vu reprocher d'avoir rapidement obéi aux ordres de la Compagnie. J'ai pris, messieurs, très au sérieux mes devoirs d'académicien; admis tardivement dans cette enceinte, j'ai cru que je ne devais pas paraître garder rancune à mes collègues, mais au contraire leur prouver, par mon assiduité et par mon zèle, combien j'étais reconnaissant de l'extrême honneur qu'ils m'avaient fait en me permettant de m'asseoir au milieu d'eux. J'ai pensé que je devais leur consacrer le peu d'activité qui me restait encore.

« Mais, dit M. Malgaigne, s'il ne se fût agi que du tubage, M. Trousseau eût-il mis autant d'empressement? et si la trachéotomie n'avait pas été en cause, la trachéotomie dont M. Trousseau est le père ou tout au moins le parrain, n'en serions-nous pas aujourd'hui à attendre encore le rapport de M. Trousseau? »

Je serai très franc, monsieur Malgaigne. Si, en effet, il ne se fût agi que du tubage du larynx, j'aurais laissé cette *pauvreté* mourir de sa belle mort; la justice du silence était tout ce qu'elle méritait.

Mais la trachéotomie a été mise en cause, et comme j'avais été un de ceux qui avaient le plus contribué à la propager en France et hors de la France; comme d'ailleurs elle était le

bien et la gloire de mon illustre et vénérable maître, M. Bretonneau, qui n'était pas là pour se défendre, j'ai cru devoir répondre aux attaques calomnieuses dirigées contre la trachéotomie et contre ceux qui la pratiquaient dans cette enceinte et hors de cette enceinte.

« Mais, ajoute M. Malgaigne, le tubage et son auteur n'avaient pas des visées si hautes. » Que dit en effet M. Bouchut?

« Je ne me permettrai pas de juger cette méthode, ni de » fonder sur elle aucune espérance que pourrait démentir la » clinique; au début des innovations thérapeutiques, il faut » laisser la parole aux faits observés et racontés heure par » heure, puis attendre qu'on en ait un grand nombre avant » de tirer aucune conclusion avantageuse ou défavorable. »

Cela est très sage, dit M. Malgaigne, et, comme M. Malgaigne, je trouve cela très sage en effet; et si le tubage, qui avait si grand besoin de modestie, eût eu ces modestes allures, je n'aurais pas pris tant de peine pour répondre. Mais M. Malgaigne a oublié les conclusions un peu ambitieuses du tubage; je les lui rappellerai. M. Bouchut établissait:

1° La facilité du tubage;

2° La tolérance du larynx pour la virole métallique qu'on y introduisait;

3° La possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx par ce moyen, *de préférence à la trachéotomie.*

Vous le voyez, monsieur Malgaigne, le tubage doit remplacer la trachéotomie, laquelle, disait M. Bouchut, *tue* 8 ou 9 malades sur 10.

M. Malgaigne ajoute : « Mais pourquoi un rapport; on ne vous demandait pas de rapport. » M. Malgaigne se trompe. Toutes les fois qu'un membre de cette Académie vient dire ou lire quelque chose à cette tribune, ses idées sont à l'instant pesées et discutées par chacun de nous.

Si une personne étrangère à l'Académie a l'honneur d'être admise à lire quelque chose à la tribune, il devient par cela même notre justiciable; le règlement oblige le bureau à nommer une commission et un rapporteur, lesquels sont

chargés par l'Académie de rendre, et, au besoin, de faire justice.

Il serait, en vérité, bien commode de venir lire ici les choses les plus extravagantes et les plus mensongères, de s'autoriser de la haute situation de l'Académie de médecine pour jeter au public les opinions les plus étranges ; on en serait quitte pour dire : Je ne veux pas de rapport. Non, messieurs, nous ne souffrirons pas que la dignité de la Compagnie, que sa responsabilité soient à ce point compromises.

Il est, nous ne le savons que trop, une autre assemblée scientifique, illustre à tant de titres, où chaque semaine se produisent tantôt les travaux les plus graves et les plus sérieux, tantôt des mémoires où l'auteur, qui fait de cette tribune solennelle un tréteau, ne se propose rien de plus que de faire répéter à la quatrième page des journaux ce que le public croit marqué du sceau de l'Institut de France. Dans ses comptes rendus, la savante Compagnie, il est vrai, réserve une place pour les travaux qui la méritent, et relègue le reste dans le mépris et dans l'oubli ; mais le mal est fait et le but est atteint. Pourtant les académiciens s'en sont émus, et l'on s'occupe maintenant même de mettre un terme à ce débordement et à ces déportements.

Les attaques calomnieuses dirigées contre la trachéotomie, dans une intention que chacun appréciera, avaient eu, non-seulement dans toute la France, mais dans toute l'Europe, un retentissement déplorable ; le trouble avait été jeté dans l'esprit des médecins qui n'avaient pas l'habitude de pratiquer cette opération, et dans l'esprit de ceux-là même qui étaient le mieux placés pour ne pas subir de telles influences ; je n'en citerai qu'un exemple :

Il y a quinze jours, un homme dont vous connaissez tous la valeur scientifique, M. le docteur Barthez, qui souvent dans son hôpital, dans la ville, a pratiqué et fait pratiquer avec succès la trachéotomie, M. Barthez, dis-je, était appelé en consultation pour un enfant atteint de croup ; quoique la maladie fût arrivée à un degré où il lui paraissait convenable de faire l'opération, ému de tout le bruit qui se faisait depuis

quelque temps et ne constatant pas le signe que l'on prétend être infaillible, l'anesthésie, il crut devoir et pouvoir attendre quelques heures encore, afin de n'opérer qu'à la dernière extrémité. A peine avait-il quitté son petit malade, que celui-ci fut pris d'un accès de suffocation et mourut en quelques instants.

Si un homme, dans la haute situation où est placé M. Barthez, a pu hésiter devant ces criailleries calomnieuses, que sera-ce d'un jeune médecin, qui doit craindre tant d'engager sa responsabilité, qui n'ose jouer son avenir sur une opération nécessairement incertaine, et qui peut craindre que des familles ne lui reprochent comme un crime ce qui n'est, en définitive, que l'accomplissement d'un devoir?

Que d'hésitations par le fait du tubage proclamé partout, quoiqu'il ne compte pas un seul succès; et, par suite, que d'enfants morts à cause de lui! C'était donc pour votre commission, pour l'Académie tout entière, un devoir impérieux d'éclairer, de rassurer l'opinion publique; et si votre rapporteur eût tardé davantage, la Compagnie aurait eu le droit de lui en demander compte. D'ailleurs, si le bureau m'avait nommé rapporteur en cette occasion, c'est qu'il avait cru qu'à moi peut-être plus qu'à personne autre il appartenait de défendre une opération que j'avais contribué à populariser. Il a fait ici ce qu'il avait fait il y a quelque temps dans une occasion solennelle, en chargeant notre éminent collègue M. Malgaigne, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine, d'être le rapporteur de la question de l'ablation de la parotide, déférée par l'Académie de médecine de Venezuela devant le tribunal de l'Académie impériale de Paris; et le choix de votre bureau nous a valu le lumineux et savant rapport de M. Malgaigne, l'un des plus remarquables qui jamais aient été faits dans cette enceinte.

M. Malgaigne m'a aussi reproché d'avoir appelé la trachéotomie une opération toute française; il ne suppose pas, sans doute, que j'aie pu ignorer les travaux si étendus publiés sur cette opération par nos devanciers, et surtout que je ne connusse pas l'admirable résumé fait par le savant commentateur

de Boerhaave; j'ai voulu dire, et personne, à coup sûr, n'a pu s'y tromper, que cette opération, pratiquée dans le cas de croup, et suivant les indications données pour la première fois par Bretonneau, était une opération toute française. J'avais lu, dans le septième volume de l'*Abrégé des Transactions philosophiques*, l'histoire du jeune malade opéré par Georges Martyn en 1730; j'avais lu dans les *Institutes* de Borsieri l'histoire du malade opéré par Andree (de Londres) en 1782, et la relation moins inexacte de ce fait se retrouvait dans la thèse de White, *De cynanche tracheali*, publiée en 1784. Je ne pouvais l'ignorer, puisque M. Bretonneau lui-même, dans son *Traité de la diphthérite*, en parle avec tant de détails. Je connaissais encore l'étrange opération faite par Ch. F. Caron au commencement de ce siècle; mais je dirai plus tard, en parlant des conditions de la canule que l'on doit employer après la trachéotomie, combien il est permis de contester l'existence du croup dans les deux faits de Martyn et d'Andree. Or, si, dans l'espace d'un siècle, on ne peut retrouver que trois trachéotomies faites sans méthode pour des cas de croup assez équivoques, peut-on dire que cette opération ait pris droit de cité dans la science, et n'appartient-elle pas tout entière au vénérable praticien de Tours, qui, en indiquant les conditions de succès, a permis de la faire accepter de tous ceux qui se tiennent au courant de la science?

J'ai donc eu raison de dire que la trachéotomie faite pour le croup était une opération toute française.

Certes, messieurs, dans le siècle dernier et au commencement de celui-ci, quelques médecins avaient vu et avaient dit que, dans le rhumatisme articulaire aigu, il se manifestait des phlegmasies du péricarde et des lésions de la membrane interne du cœur qui disposaient aux maladies chroniques de ce viscère; mais il y a loin de là à cette découverte de M. Bouillaud, qui sera pour lui un si grand titre de gloire, savoir, que, dans le rhumatisme articulaire aigu, l'endocarde était le plus souvent enflammé; qu'il en résultait de graves lésions valvulaires, d'où des maladies du cœur dont le point de départ était incontestable. La relation qui existe entre le

rhumatisme et les maladies de l'organe central de la circulation appartient à notre collègue M. Bouillaud, et, à ce titre, elle est une découverte toute française.

De la même manière, on dira que la découverte de l'hydropisie albuminurique, qui appartient à M. Bright, est une découverte tout anglaise, bien que quelques médecins aient dit et imprimé que, dans certaines hydropisies, les urines étaient coagulables par la chaleur et l'acide nitrique. Mais à M. Bright appartient l'honneur d'avoir nettement formulé et fait adopter par le monde médical la corrélation qui existe entre l'hydropisie et certaines lésions spéciales des reins.

Un mot sur le tubage et pour n'en plus parler. J'ai dit qu'il était assez difficile à pratiquer, et je le maintiens. Plût à Dieu qu'il fût plus difficile encore, et que les malades en fussent à tout jamais préservés! Je passe condamnation sur ce point; mais j'ai dit que le tubage était dangereux. M. Malgaigne, sans le nier, a cru que je n'avais pas le droit de l'affirmer; j'espère qu'il sera tout à l'heure convaincu comme moi. Mais, avant d'aller plus loin, je lui demanderai, s'il daigne répondre à la question que je vais avoir l'honneur de lui adresser : Connaissiez-vous, monsieur Malgaigne, les expériences que M. Bouchut avait faites sur les animaux vivants avant la lecture de mon rapport, et par conséquent avant votre discours?

— M. Malgaigne : Non, monsieur.

— M. Trousseau : Je vous laisse alors, monsieur Malgaigne, et je laisse à l'Académie le soin de qualifier la conduite de M. Bouchut. Il a fait des expériences sur le tubage du larynx, et, mis en demeure par la commission de lui faire connaître les faits nouveaux qu'il avait pu observer depuis sa première communication, il nous a envoyé le détail de cinq nouvelles observations recueillies sur des enfants atteints de croup, sans nous parler des résultats obtenus sur les chiens.

Or, je savais que ces expériences avaient été faites. M. Faure, mon élève et mon ami, avait aidé M. Bouchut; pressé par moi de m'indiquer les résultats obtenus sur les chiens par le tubage, il avait cru de son devoir de ne pas di-

vulguer ce qui appartenait à M. Bouchut et ce que celui-ci tout seul avait le droit de faire connaître. Mais M. Faure avait le droit de faire pour la commission ce qu'il avait fait pour M. Bouchut : il se mit à notre disposition pour répéter ces expériences avec votre rapporteur, et ces expériences ont été pratiquées dans les mêmes circonstances, dans le même lieu, sur des animaux dans les mêmes conditions que celles où se trouvaient placés les sujets des expériences de M. Bouchut. De son côté, notre excellent collègue et ami M. Bouley, professeur à l'école d'Alfort, faisait des expériences semblables, et, des deux côtés, les résultats étaient les mêmes. Ces résultats, je vais vous les faire connaître. Lorsque le tube laryngien est resté appliqué pendant vingt-quatre heures, nous trouvons la membrane muqueuse gonflée et enflammée, quelquefois légèrement excoriée. Après quarante-huit heures, nous constatons une tuméfaction considérable, des ulcérations profondes, et déjà si profondes, qu'elles reposent quelquefois sur les cartilages; après soixante et douze heures, les dénudations des cartilages sont à peu près constantes, et toujours les parties environnantes sont le siége d'une phlegmasie violente. Enfin le tube laryngien, que le larynx supportait, dit-on, avec tant de facilité, produit les plus épouvantables désordres, et des désordres tels que, si les animaux avaient survécu, ils auraient été exposés aux accidents terribles qui suivent la nécrose du larynx.

J'ai apporté ici ces larynx; ils sont maintenus ouverts afin que chacun de vous puisse constater les lésions que je viens d'indiquer. Je demande à M. Malgaigne la permission de lui faire passer ces pièces de conviction, et ensuite je prierai mes autres collègues de vouloir bien les examiner avec attention. (M. Trousseau fait passer ces pièces pathologiques à M. Malgaigne.)

— M. Malgaigne. Si M. Trousseau s'était appuyé sur ces expériences quand il disait que le tubage était dangereux, je me serais incliné. M. Trousseau était convaincu *auparavant*, voilà ce qui m'a étonné.

— M. Trousseau. Et moi je ne demande qu'une chose, c'est que M. Malgaigne et mes honorables collègues soient convaincus *après*.

Mais si d'aussi graves désordres s'observent sur des chiens pris dans les conditions de la santé, que doit-il arriver chez des enfants dont le larynx est déjà si malade, et qui sont atteints d'une affection qui dispose si cruellement aux ulcérations de mauvaise nature.

L'Académie comprendra que si, après le tubage, il restait des nécroses du larynx, plus tard nous aurions les conséquences de cette nécrose, je veux parler des inflammations chroniques du larynx, des infiltrations du tissu sous-muqueux, de ce que l'on appelle l'œdème de la glotte, accidents qui conduisent presque invinciblement à la trachéotomie, et, en vérité, mieux valait la pratiquer avant le tubage.

M. Malgaigne s'est étonné que j'aie pu, avant d'avoir fait mes expériences, être convaincu des dangers du tubage; je suis, pour mon compte, étonné que mon honorable ami n'ait pas vu ces dangers.

Pour que le tube reste dans le larynx, il faut, de toute nécessité, qu'il soit d'un diamètre un peu supérieur à la glotte, autrement il tomberait dans la trachée ou serait expulsé par les efforts de toux ; ce qui nous est arrivé plusieurs fois dans nos expériences, lorsque le tube n'avait pas une grosseur suffisante. La membrane muqueuse, les tissus cellulaire et fibreux qui constituent la glotte sont donc comprimés énergiquement, d'une part, entre le canal qui dilate et le squelette du larynx qui résiste, et l'on comprend qu'il en résulte des altérations, de la gangrène, et que les cartilages soient mis à nu avec une rapidité plus grande encore que nous ne l'avions supposé. L'enfant qui a subi cette opération, aussi bien que l'animal qui fait le sujet de l'expérience, supportent assez impatiemment le tube, et font pour s'en débarrasser des efforts de toux et de déglutition qui doivent encore augmenter les inconvénients.

On n'a pas le droit de dire que, sur des animaux, la violence que l'on est obligé d'exercer est en partie la cause des dés-

ordres que nous observons; car, si les chiens se prêtent peu volontiers à l'opération du tubage, et s'il faut exercer beaucoup de violence pour les maintenir et éviter les morsures, l'introduction du tube est d'autant plus facile. Disons que les enfants ne se soumettent pas non plus très volontiers au tubage, et personne que je sache ne le contestera. N'avez-vous pas lu tout récemment dans les journaux de médecine ce fait rapporté par un confrère honorable, dans les mains duquel un enfant atteint de croup et dont on voulait tuber le larynx expirait après une lutte épouvantable.

Pour en finir, je dirai que le tubage n'est qu'un moyen dilatoire, comme la trachéotomie ; elle aussi ne guérit pas, mais empêche de mourir. Quand on l'a pratiquée, le larynx reste oblitéré pendant un temps variable, mais qui peut aller jusqu'à quinze, vingt, et même comme nous l'avons vu une fois avec M. Blache, jusqu'à quarante-quatre jours, pendant lesquels il faut laisser la canule en place. N'est-il pas dès lors évident que le tubage, déjà si périlleux au bout de quarante-huit heures, serait presque toujours insuffisant? Qui pourrait encore songer à laisser le tube laryngé en place pendant des semaines entières? Tout au plus pourrait-on l'employer momentanément, comme l'a fait M. Loiseau, pour porter des cathérétiques dans les voies aériennes.

Je n'ai pas besoin, après ce que j'ai dit, de revenir sur la deuxième conclusion, et j'en viens à la trachéotomie, qui est réellement la chose capitale dans ce débat. M. Malgaigne l'assimile aux grandes opérations chirurgicales, et se refuse à admettre que dans un grand nombre de cas la mort soit le résultat de la maladie et non de l'opération.

Je n'insisterai pas sur ce fait, que la plupart des aliénés qui se coupent le cou guérissent. J'appellerai spécialement l'attention sur une statistique dressée par un jeune médecin allemand, M. Oppitz, des trachéotomies pratiquées pour des corps étrangers introduits dans les voies aériennes. Sur 96 opérations, on compte 73 guérisons, et l'auteur ajoute que dans un certain nombre des cas d'insuccès, l'opération a été faite contre toutes les règles de l'art, et que, dans d'autres

cas, le corps étranger était logé dans un point inaccessible; les malades succombaient alors à des phlegmasies provoquées par le séjour des corps étrangers. Parmi les 23 insuccès, il en est donc encore un bon nombre qui ne doivent pas être mis sur le compte de l'opération, et il est bien démontré par là que la trachéotomie est loin d'avoir la gravité que lui attribue M. Malgaigne.

Tout récemment encore, M. Robert a sauvé dans mon service à l'Hôtel-Dieu, par la trachéotomie faite *in extremis*, un malade atteint de laryngite pultacée, et un autre qui présentait un œdème de la glotte survenu dans le cours d'une phthisie tuberculeuse, qui avait amené probablement une nécrose des cartilages du larynx. Moi-même, appelé la veille auprès d'un employé de l'Hôtel-Dieu qui étouffait, j'avais succédé au prêtre et je n'avais plus trouvé qu'un cadavre; j'avais ouvert la trachée, et l'ustion des parois de la poitrine, la respiration artificielle, avaient ressuscité le malade. Il s'agissait d'un énorme phlegmon diffus du cou, qui avait déterminé un œdème de la glotte. Le malade mourut la nuit suivante, — il *remourut* plutôt, — mais sans aucun signe d'oppression, et cette trachéotomie, faite non *in extremis*, mais *post extrema*, avait opéré un vrai miracle.

Si un malade d'ailleurs, dans d'excellentes conditions de santé, est amputé de la cuisse pour une tumeur blanche ou pour un écrasement du membre, il sera légitime d'imputer à l'opération le résultat fatal qui arrivera dans quelques jours. Même dans ce cas, l'opération ne méritait pas de reproche, car elle était nécessaire, et la mort eût été plus tard la conséquence de la maladie contre laquelle était faite l'opération; mais si cette même amputation de cuisse était pratiquée chez un homme atteint de tumeur blanche du genou et en même temps d'un pneumothorax tuberculeux méconnu par le chirurgien, serait-on en droit d'imputer à l'opération la mort qui surviendrait, alors que rien du côté de la plaie n'aurait pu la justifier.

Il en est de même de la trachéotomie dans le cas de croup. Cette opération n'empêche pas les pneumonies, ne remédie

pas à l'extension de la diphthérie dans les bronches, à l'empoisonnement qui résulte de la multiplicité des surfaces envahies par l'inflammation spécifique; et il n'est vraiment pas légitime de l'accuser des accidents que je viens d'énumérer; d'autant plus que si, par un bonheur trop rare, le larynx se débarrasse sans opération, nous voyons encore assez souvent se dérouler la série des accidents que je viens d'indiquer, et cela sans que la trachéotomie ait été pratiquée.

Je reconnais pourtant volontiers que M. Malgaigne a eu raison de me reprocher d'avoir jadis dit et écrit que la trachéotomie en tant qu'opération était exempte de dangers. Il en est qui tiennent à l'inexpérience du chirurgien, à des dispositions anatomiques particulières, et, en fin de compte, si nous voyons les plaies les plus légères donner quelquefois lieu à des accidents mortels, à plus forte raison cela arriverat-il après une opération qui divise tant de parties, et après laquelle la nécessité de l'application d'une canule empêche de faire des pansements suffisamment méthodiques.

Je le répète, la trachéotomie a ses dangers, et si j'ai eu tort de les contester, mon honorable adversaire a eu peut-être celui de les exagérer.

Mais je me hâte d'arriver au croup. Le croup est-il une affection qui guérisse, qui guérisse souvent, très souvent? C'est là la question. S'il en était ainsi, il faudrait faire la trachéotomie rarement. S'il était une période où le croup fût toujours curable, il ne faudrait jamais opérer dans cette période, et si enfin il était toujours incurable dans l'une de ses phases, celle-ci réclamerait toujours l'opération.

Or, je trouve dans la *Nosographie* de M. Bouillaud l'histoire de Zobel, qui, sur 40 croups traités par les moyens généraux seuls, eut 39 morts; j'ai cité dans mon rapport la statistique de M. le docteur Ferrand, qui compte, dans les mêmes circonstances, juste 60 morts sur 60 malades, et je vous ai dit enfin que, dans une ferme de la Sologne, j'ai vu moi-même, avec M. Leblanc et M. Ramon, 15 malades sur 17 succomber; les deux qui survécurent avaient été seuls traités par des moyens topiques.

C'est donc quelque chose d'extrêmement sérieux que le croup.

Depuis quelque temps il y a une tendance parmi les médecins à attribuer au croup une curabilité plus grande que je ne l'admets moi-même. Je suis frappé d'une chose, c'est de l'épouvantable mortalité indiquée dans les rapports adressés à l'Académie par les médecins des épidémies; et encore cette année, comme l'année dernière, nous voyons figurer des statistiques désolantes et tout à fait analogues à celles que je viens de citer, et pourtant les médications générales dont on paraît se louer tant avaient été essayées avec énergie et sans aucun succès.

Mon honorable ami M. Bouvier et M. Malgaigne se refusent à admettre l'existence du croup lorsqu'il n'y a pas encore de fausse membrane laryngée. Je regrette de ne pas partager leur opinion. Lorsque la diphthérie existe dans le larynx et qu'elle se propage jusqu'à la glotte, avant que la fausse membrane se soit sécrétée, il se développe une inflammation préalable, en d'autres termes une laryngite aiguë qui ne diffère du pseudo-croup ou de la laryngite striduleuse que par la tendance naturelle qu'a l'une à se terminer par une sécrétion pseudo-membraneuse, tandis que l'autre reste à l'état de phlegmasie simple. Aussi les symptômes du pseudo-croup et de la diphthérie laryngée commençante sont-ils les mêmes et n'ont-ils en général rien d'immédiatement périlleux.

Ce n'est pas que quelquefois, comme j'en ai vu de tristes exemples dans ma vie, le pseudo-croup ne tue par oblitération inflammatoire du larynx de la même manière que l'inflammation diphthérique amènera l'oblitération presque complète de la glotte sans qu'il y ait encore de fausse membrane. Pour moi comme pour M. Bretonneau et Guersant, la première période du croup est caractérisée par la phlegmasie simple de la membrane muqueuse du larynx, de la même manière qu'une simple pustule d'acmé peut et doit être considérée par le chirurgien comme le premier degré de certains furoncles et de certains anthrax, bien qu'il n'y ait à cette période aucune mortification.

Le croup au premier degré guérit assez souvent, moins souvent pourtant que quelques personnes ne le pensent, et à cette période jamais la trachéotomie ne doit être faite, à moins que l'asphyxie ne devienne imminente, comme cela a lieu très rarement dans la laryngite aiguë connue sous le nom de pseudo-croup.

Dans la deuxième période, caractérisée par la fausse membrane, par la toux plus rare et éteinte, par les accès de suffocation interrompus par des moments de calme complet, les guérisons sont déjà beaucoup plus rares; j'en prends à témoin les médecins de l'hôpital des Enfants, et tous ceux parmi nos collègues qui ont souvent l'occasion d'observer le croup en ville.

Enfin, quand la suffocation est continue et que les accès ne sont plus que des exacerbations sans intervalles de calme, combien d'enfants guérissent dans ces circonstances? Demandez-le à M. Barthez, il nous dira que sur 67, 67 sont arrivés, malgré les traitements les plus énergiques, au dernier degré de l'asphyxie, et les seuls qui aient été sauvés l'ont été par la trachéotomie. N'est-ce pas avec une certitude presque absolue qu'on peut dire que dans cette période la mort est inévitable? N'en disons-nous pas autant pour la phthisie arrivée à son troisième degré, bien que 1 fois sur 1,000 peut-être notre pronostic ne se vérifie pas?

Dans la troisième période du croup notre certitude est aussi grande, et alors qui pourrait accuser la trachéotomie faite dans cette période? Puisque la mort est imminente, inévitable, que peut-il arriver de pis? Et tout le monde n'accorde-t-il pas qu'alors la trachéotomie prolonge encore quelquefois la vie d'un ou deux jours et donne au malade la possibilité de guérir? Tout ce qui est gagné alors, j'insiste là-dessus, l'est uniquement par la trachéotomie.

Quelles sont donc les conditions de succès de cette opération?

Il faut d'abord, et avant tout, qu'elle soit bien faite. Et nos internes! et nos externes! dira M. Malgaigne. Mon Dieu! il peut leur arriver de s'égarer, comme cela arrive aux plus

habiles chirurgiens. J'ai vu Auguste Bérard, dans les premiers temps, me reprocher ma timidité et la lenteur de mon opération, et lui qui croyait la devoir faire à peu près comme on ouvre un abcès, entamer du premier coup l'œsophage avec la trachée, et, dans un autre cas, perdre presque instantanément son malade d'hémorrhagie, ce qui ne l'empêcha pas de faire admirablement bien la trachéotomie plus tard.

Il faut, avant tout, éviter les pertes de sang, ce qui est toujour possible avec un peu de patience, vous le savez comme moi.

C'est en opérant prudemment, lentement, trop lentement, que l'on parvient avec sécurité dans la trachée, que l'on évite les hémorrhagies, lesquelles ont sur l'issue de la maladie une conséquence fâcheuse; elles disposent les très jeunes enfants aux convulsions, et jettent tous les malades dans un état de débilité profonde qui nuit singulièrement aux succès de l'opération.

M. Bouvier a insisté avec le plus grand soin sur le danger de la généralisation de la diphthérie. Vous savez trop quelle est à cet égard l'opinion de M. Bretonneau ; il pense que la diphthérie est toujours une maladie locale à son début, et que, après un temps très court, dans quelques circonstances, et notamment dans certaines formes malignes épidémiques, et après un temps assez long le plus ordinairement, la diphthérie se généralise, et désormais se manifestera à la fois sur beaucoup de points du derme interne ou externe. Quand la diphthérie se généralise dans l'espace de deux ou trois jours, nous savons trop que toutes les médications, et la trachéotomie comme les autres, sont à peu près invariablement impuissantes; mais si la généralisation de la maladie s'est faite plus lentement, en un mot, si l'on a ce que M. Sée a appelé la diphthérie infectante, la trachéotomie est rarement utile, tandis qu'elle est une ressource extrêmement puissante quand la diphthérie est restée locale. Il résulte, en effet, des thèses soutenues par les anciens internes de l'hôpital des Enfants, que, dans le premier cas, on n'a eu que 1 guérison sur 6, et dans e deuxième 13 sur 24.

Ce que je viens de dire des hémorrhagies pendant l'opération fait assez voir ce que je pense des émissions sanguines dans la diphthérie; je déclare n'avoir jamais vu guérir un vrai croup, même à la première période, par la saignée ou les applications de sangsues.

Si les vomitifs, que l'on semble vouloir remettre à la mode, ont pu dans quelques cas favoriser l'expulsion d'une fausse membrane, je ne doute pas que le plus souvent ils ne jettent le malade dans une condition de débilité fâcheuse.

Quant aux vésicatoires, je les regarde non-seulement comme inutiles, mais encore comme excessivement dangereux, et j'en appelle ici au témoignage de tous les médecins qui pratiquent dans les hôpitaux d'enfants. Combien de fois ne voyons-nous pas des enfants, après la trachéotomie, mourir de l'inflammation diphthérique qui s'empare de la plaie d'un vésicatoire et qui cause un empoisonnement septique? combien de fois, lors même que l'on a été assez heureux pour guérir la diphthérie à la première ou à la seconde période, ne voyons-nous pas le vésicatoire amener des complications contre lesquelles nous demeurons impuissants. Je ne crains pas de le dire, parce que c'est mon entière conviction, on aurait infiniment plus de succès par la trachéotomie si, comme cela arrive assez souvent, les enfants arrivaient à la suffocation croupale vierges de ces traitements qui n'ont d'autre résultat que de les débiliter.

Permettez-moi de vous lire à cet égard le passage d'une lettre que vient de m'écrire M. le docteur Lefebvre, médecin à Paris, rue de Lancry.

« Voici des faits qui viennent à l'appui de votre opinion concernant l'innocuité et l'efficacité de la trachéotomie dans le cas de croup. Ces cas, déjà si nombreux pour un seul médecin, seraient plus que quintuplés s'il eût été possible de décider plus souvent les familles à user de cette précieuse ressource. Mes petits malades ont été opérés à l'hôpital des Enfants; mon seul mérite, il est petit (et moi, messieurs, je trouve qu'il est fort grand), je le reconnais, est d'avoir su comprendre que tout traitement devenait au moins inutile.

» J'ai eu la satisfaction de voir mon opinion partagée par les chefs de service, puisque ces derniers ont pratiqué immédiatement une opération qui a été le salut de mes malades atteints de croup; cinq ont été guéris et vivent encore, un est mort d'une pneumonie un mois après sa sortie de l'hôpital, le septième allait très bien le cinquième jour après l'opération, époque à laquelle je l'ai perdu de vue. »

— M. Bouillaud. Je demande la parole.

— M. Trousseau. Bien que la lamentable statistique de M. Bouchut ait été construite d'une manière fort aventureuse, on ne peut se dissimuler que des chirurgiens éminents ont été très malheureux dans leurs trachéotomies. Nous tombons sur des séries comme celles-ci :

	Opérations.	Guérisons.
1° MM. Gosselin, Deguise, Huguier, Jarjavay, Monod	95	»
2° MM. Alphonse, Guérin, Michon, Laugier, Robert, Nélaton, Lenoir, Depaul	117	11
3° MM. Velpeau, Jobert, Desormeaux.	84	16

M. Bouvier, l'autre jour, vous a révélé le secret de ces tristes résultats. Les chirurgiens éminents dont je viens d'indiquer les noms pensaient que l'opération faite, il n'y avait plus rien à faire; ils laissaient d'ailleurs le malade aux soins du médecin ordinaire, qui n'avait pas l'habitude du traitement consécutif adopté depuis par moi il y a déjà quinze ans au moins, et depuis dix ans à l'hôpital des Enfants de Paris. Il vous a montré que les mêmes chirurgiens dont les opérations avaient été si malheureuses, avaient eu moins de mécomptes dans les dernières années, et il vous a cité l'importante autorité de M. Nélaton et de quelques autres chirurgiens. Nous verrons tout à l'heure combien cet argument de M. Bouvier a de la valeur.

Je prie l'Académie de remarquer que les trois derniers chirurgiens que j'ai cités ont déjà obtenu un succès sur cinq opérations, et ils l'ont dû aux conditions que M. Bouvier a signalées mardi dernier.

Je ne veux pas revenir sur les statistiques si convaincantes de l'hôpital des Enfants, je ne veux pas invoquer celle de M. Guersant, la mienne non plus, nous serions suspects de partialité ; mais je vous demanderai la permission de mettre sous vos yeux les résultats obtenus par un certain nombre de médecins qui, depuis que ces débats sont commencés, ont eu la bonté de me faire connaître ce qu'ils ont obtenu de la trachéotomie pratiquée dans le cas de croup.

Aux chiffres si peu exacts de M. Bouchut, j'opposerai les résultats suivants, qui m'ont été fournis par les médecins eux-mêmes auxquels ils appartiennent :

M. Bardinet, directeur de l'école secondaire de Limoges, a eu la bonté de m'envoyer le relevé de toutes les opérations de trachéotomie qui ont été faites dans cette ville ; je vous le donne tel que notre honorable confrère l'a transmis :

		Opérations.	Guérisons.
MM.	Boullaud	20	6
	Thouvenet	13	3
	Depéret	7	1
	Roche	1	0
	Lemaiffre	3	0
	Saymondaud	1	0
	X***	1	0
	Mazard	3	1
	Bleynie	3	2
	Bardinet	6	4
		58	17
MM.	Saussier (de Troyes)	6	3
	Beylard (de Paris)	13	4
	Moynier (de Paris)	17	8
	Archambault (de Paris)	21	8
	Perrochaud (de Boulogne)	3	2
	Delarue (de Paris)	3	1
	Laloi (de Belleville)	6	3
	Viard (de Montbard)	2	1
	Petel (du Cateau)	9	4
	Baudin (de Nantua)	4	3
	Dubarry (de Condom)	5	2
	Total général	147	56

Mais ce ne sont pas les médecins seuls qui ont eu à enregistrer des succès semblables. Il est toute une génération de jeunes chirurgiens auxquels M. Malgaigne a accordé sa voix dans les concours qui les ont fait passer successivement aux emplois d'aides d'anatomie, de prosecteur, de chirurgiens des hôpitaux, d'agrégés de la Faculté, et auxquels, à coup sûr, il ne refusera ni les connaissances anatomiques, ni l'expérience chirurgicale. Permettez-moi de vous lire ici la lettre de M. Richet, elle est instructive à bien des titres.

« Mon cher maître, j'ai fait 21 opérations de trachéotomie, dont 15 pour des cas de croup. C'est de ces dernières seulement que vous désirez connaître les résultats, les voici :

» Les *six* premiers opérés, *six* morts. Ces déplorables résultats, obtenus au début de ma carrière, m'avaient tellement découragé, que j'avais pour ainsi dire renoncé à pratiquer cette opération.

» Mais une étude plus approfondie des phénomènes qui suivent l'opération, et surtout les conseils que vous me donnâtes à plusieurs reprises, me ramenèrent peu à peu vers cette idée, que la trachéotomie reste la dernière planche de salut du malheureux enfant atteint du croup.

» Je résolus, à votre exemple, d'introduire des modifications, non pas dans le procédé opératoire, mais dans les soins à donner aux petits opérés : ainsi, sans parler de la double canule, que j'ai depuis lors constamment employée, et qui est à mes yeux un immense progrès, j'ai toujours fait en sorte de donner aux canules un diamètre considérable, de manière que la colonne d'air introduite soit suffisante pour une hématose facile et réparatrice.

» De plus, je tiens à avoir constamment auprès du malade une personne intelligente chargée de nettoyer la canule, pour remédier à son encrassement rapide par les mucosités desséchées; je fais couvrir son orifice d'une épaisse cravate de mousseline, pour tamiser et échauffer l'air avant qu'il arrive dans les bronches; je maintiens une température douce, humide et égale dans l'appartement; enfin et surtout, j'alimente

et tonifie mes malades, sans négliger les moyens thérapeutiques contre la diphthérie.

» J'ai la conviction que c'est grâce à cet ensemble de moyens puisés dans votre pratique, que je dois les succès que j'ai obtenus depuis 1850.

» Effectivement, sur les *neuf* opérations de trachéotomie pratiquées depuis cette époque, j'ai eu *cinq* guérisons, dont une à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, sous vos yeux pour ainsi dire, dans le service de M. le professeur Laugier, et dans cette présente année 1858. »

Le témoignage de M. Follin n'est pas moins important.

« J'ai pour mon compte la ferme conviction d'avoir, dans tous les cas, prolongé d'un ou de plusieurs jours la vie des enfants; en effet, je n'ai point à me reprocher de m'être exercé la main sur des malades qui pouvaient attendre encore : j'ai toujours pratiqué l'opération *in extremis*, et deux fois au moins sur des enfants qui allaient expirer dans quelques minutes. L'un de ces enfants, opéré presque sans vie, à vécu quatre jours et l'autre a guéri.

» Mes deux premières opérations de trachéotomie datent de 1846 ou 1847, et à cette époque nous ne connaissions pas encore ce luxe de soins consécutifs adoptés à l'hôpital des Enfants et qui augmentent d'une façon si notable le nombre des guérisons. »

Avant que ces chirurgiens eussent adopté le traitement que nous pouvons appeler perfectionné, sur vingt opérations ils perdaient vingt malades; depuis qu'ils ont adopté le traitement de l'hôpital des Enfants, ils en sauvent près de la moitié.

	Opérations.	Guérisons.
MM. Richet.	9	5
Follin	7	2
Broca.	12	6
Richard	5	2
Demarquay . . .	6	2
Total . . .	39	17

Dirons-nous encore, avec M. Malgaigne, que c'est l'inexpérience qui guérit? Certes, messieurs, ce qui guérit, c'est l'expérience, celle du chirurgien aidée de celle du médecin, et les faits que je viens d'exposer devront rappeler une fois de plus aux chirurgiens que la chirurgie n'est que la médecine armée, et rien de plus.

M. Bouvier, mon ancien collègue de l'hôpital des Enfants, en m'attribuant des améliorations introduites dans le traitement consécutif à la trachéotomie, me fait plus d'honneur que je n'en mérite, et je le dis ici sans fausse modestie. Que de fois, mon excellent ami M. Blache et moi, quand nous gémissions des insuccès de nos opérations, avons-nous cherché ensemble les moyens de les rendre moins désastreux! que de fois avons-nous fait des essais, hélas! inutiles! M. Paul Guersant, de son côté, poursuivait les mêmes recherches. Peu à peu nous avons acquis de l'expérience : l'un de nous adoptait la cravate conseillée déjà par Martyn en 1730, et malheureusement oubliée; l'autre voulait cautériser la plaie; le troisième voulait la canule double et d'un grand diamètre. Tous nous voulions l'alimentation énergique. De sorte que, lorsque je suis arrivé à l'hôpital des Enfants, je n'ai eu qu'à formuler ce qui était à tous et à chacun; j'ai, permettez-moi cette expression familière, cueilli le fruit quand il était mûr : et comme les succès de la trachéotomie à l'hôpital des Enfants ont daté de mon entrée dans cet hôpital, on m'a fait l'honneur d'un progrès qui ne m'appartient pas exclusivement.

Je tenais, messieurs, à bien établir ces faits, j'y tenais d'autant plus que mes honorables amis se laissaient dépouiller sans réclamer la part qui leur revenait si légitimement.

Quelles sont maintenant les précautions qui assurent, ou au moins multiplient les succès? C'est avant tout le choix d'une canule dont le calibre dépasse celui de la glotte; c'est la canule double, sans laquelle il est presque impossible de maintenir le libre passage de l'air; c'est l'emploi de la cravate, mais d'une cravate épaisse, qui fait respirer le malade autour de ses mâchoires, et non une simple gaze, qui n'em-

pêche pas l'air froid de pénétrer dans les bronches, d'irriter les poumons et de produire des croûtes semblables à celles du coryza dans les fosses nasales; c'est l'entretien d'une température chaude et d'une humidité convenable de l'air; c'est encore la cautérisation de la plaie, répétée les trois ou quatre premiers jours, et sans laquelle la plaie se couvre de fausses membranes et devient le point de départ de résorption et d'intoxication générale, de gangrènes, de phlegmons diffus, d'adénites suppurées, accidents que nous redoutons tant à la suite des vésicatoires, et qui appartiennent au croup et non à la trachéotomie. Je dois pourtant ajouter que, même chez l'adulte, et hors du croup, la plaie de la trachéotomie devient très souvent le siége d'une fétidité horrible, de résorptions qui engendrent des accidents généraux extrêmement graves, et il m'a paru que, même chez eux, la cautérisation rend au moins ces complications plus rares.

Enfin, une très grosse chose, c'est l'alimentation, et sa valeur est telle qu'il faut, au besoin, recourir à la violence pour la faire accepter, et employer la sonde œsophagienne dans les cas si fréquents où le croup laisse à sa suite une paralysie du voile du palais et du larynx.

Je déclare qu'avec ces mesures la trachéotomie aura sans doute toujours quelques dangers par elle-même, mais qu'elle comptera d'autant plus de succès que toutes ces précautions seront mieux comprises et observées.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée, renfermant les nosologies étiologiques des accidents et de la plupart des maladies mortelles, etc., par M. Marc d'Espine.

Traité complet de la résection des maxillaires supérieurs, par M. le docteur Oscar Heyfelder. Traduit de l'allemand par M. Félix Pétard.

Essai sur l'éclampsie, par M. le docteur Braun. Traduit par M. Félix Pétard.

Du traitement de la fièvre typhoïde, par la méthode de M. Worms, par M. le docteur A. Lecler.

Compte rendu de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg, année 1857, par M. C. Vesselovsky.

Recueil de travaux lus à la Société médicale allemande de Paris. — Première année. 1856.

Répertoire de pharmacie. Octobre.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 2e série, t. I, n. 9 et 10.

Le Progrès, n. 48.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 48.

L'Abeille médicale, n. 48.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 11.

La France médicale et pharmaceutique, n. 48.

Gazette médicale de Paris, n. 48.

L'Union médicale, n. 140 à 142.

Gazette des hôpitaux, n. 138 à 140.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 139 à 141.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 31.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie les tableaux des vaccinations pratiquées en 1857 dans les départements de l'Aveyron, de la Corse, des Côtes-du-Nord et du Haut-Rhin. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. l'ambassadeur d'Autriche à Paris transmet à l'Académie, pour sa bibliothèque, la seconde livraison de l'ouvrage du docteur HEBRA sur les *maladies de la peau.*

II. M. le docteur POMIÈS informe l'Académie, au nom de la famille du défunt, de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur BONNET.

III. MM. les professeurs administrateurs du Muséum d'histoire naturelle remercient l'Académie pour les pierres dites *serpentines* qui ont été déposées dans les collections de cet établissement, par suite du rapport de M. le professeur DUMÉRIL.

IV. Observation d'un cas d'hydatide externe de la vessie, par M. LALLUYEAUX D'ORMAY, chirurgien de première classe de la marine à Toulon. (*Commissaire :* M. Cruveilhier.)

V. Un mot sur une affection croupale fréquente depuis quelques années dans une contrée de la Meurthe et des Vosges, par M. le docteur LIÉGEY. (*Commissaires :* MM. Blache, Nélaton et Trousseau.)

VI. Note sur un moyen de titrage de l'opium du commerce,

par M. Bourlier, pharmacien aide-major. (*Commissaires :* MM. Caventou et Bussy.)

VII. Proposition de traitement du choléra asiatique, par M. Pitarski. (*Commission dite du choléra :* M. J. Guérin, rapporteur.)

VIII. Note sur l'emploi du sulfate de cuivre en nature dans le traitement de l'ophthalmie dite scrofuleuse, par M. le docteur Rouault. (*Commissaires :* MM. Velpeau et Larrey.)

IX. Notice rectificative des opérations de trachéotomie pratiquées pour des cas de croup, à Limoges, par M. Bardinet (*Commission nommée :* M. Trousseau, rapporteur.)

X. M. le docteur Marie adresse quelques réflexions sur la trachéotomie dans les cas de croup. (*Commission nommée.*)

XI. M. le docteur Vignes (de Toulouse) soumet à l'Académie un mémoire sur l'emploi du tartre stibié dans le traitement du croup. (*Commission nommée :* M. Trousseau.)

XII. Note sur le tubage des voies aériennes, par M. Loiseau. (*Même commission.*)

XIII. M. Charrière présente à l'Académie un instrument qu'il a exécuté sur les indications de M. Desmarres pour pratiquer le deuxième temps de l'extraction linéaire de la cataracte.

XIV. M. Hoursolle adresse à l'Académie le relevé des vaccinations qu'il a pratiquées à Bayonne pendant l'année 1858. (*Commission de vaccine.*)

XV. M. le docteur Fonssagrives (de Cherbourg) adresse une note à l'Académie sur les bons effets qu'il aurait obtenus par l'emploi de l'anesthésie faradique dans certaines opérations de chirurgie. (*Commissaires :* MM. Velpeau, Gavarret et Robert.)

XVI. Lettre de M. Malgaigne :

« Monsieur le président, j'étais inscrit pour prendre la parole dans la séance de ce jour ; malheureusement une bron-

chite assez intense, avec extinction de voix, ne me permettra même pas d'assister à la séance. Je n'oserais demander à l'Académie, comme faveur personnelle, de me réserver la parole pour la séance prochaine; mais si elle pensait que cela pût être de quelque utilité pour la discussion, j'accepterais avec reconnaissance.

» Il me tarde cependant de rectifier, dès aujourd'hui, une erreur où sont tombés mes honorables contradicteurs, en confondant, bien mal à propos, les opinions qui me sont propres avec des opinions qui me sont absolument étrangères. Ainsi l'on m'a fait dire qu'il faut attendre, pour pratiquer la trachéotomie, le dernier degré de l'asphyxie, et quand l'agonie est déjà commencée. Or, jamais de ma vie je n'ai ni rien écrit, ni rien dit, ni rien pensé de semblable. J'ai dit que *je ne conçois pas qu'on ait recours à la trachéotomie hors le cas d'absolue nécessité;* j'ai expliqué le cas d'absolue nécessité par ces paroles : *quand toute autre chance de salut a disparu.* J'ai ajouté que *quand le médecin déclare qu'il ne reste pas d'autres chances, j'opère, je regarde l'opération comme un triste et rigoureux devoir; et ce qui me justifie dans ma conscience, c'est qu'il n'y a pas d'autre ressource, c'est que j'apporte une dernière chance à un malade qui n'en avait plus.* Et j'établissais précisément cette doctrine en face de celle que je combats, et qui veut qu'on opère *le plus tôt possible, et dès qu'on est certain de la présence de fausses membranes dans le larynx.*

» Ainsi, pour moi, le moment où le chirurgien doit intervenir est le moment où le médecin se déclare impuissant; à ce moment, pour moi, l'opération devient un devoir : voilà ce que j'ai dit, rien de plus, rien de moins. S'il faut cependant préciser plus encore, je réduirai toute ma pensée à la formule suivante, que l'on saisira mieux en la mettant en regard de la formule de M. Trousseau :

» *Formule de M. Trousseau.* — Opérer le plus tôt possible, et dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx.

» *Formule de M. Malgaigne.* — Dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx, tenter d'abord les autres moyens

de traitement, et quand ils sont reconnus impuissants, alors, mais seulement alors, opérer le plus tôt possible.

» La différence capitale entre ces deux doctrines est donc que, à l'apparition des fausses membranes dans le larynx, je fais une juste place au traitement préalable, tandis que M. Trousseau rejette toute espèce de traitement comme inutile et nuisible, nuisible même à un double titre, d'abord parce qu'on perd ainsi un temps précieux, ensuite parce qu'on enlève aux malades une partie au moins des forces nécessaires pour supporter l'opération.

» Voilà à quoi j'aurais eu à répondre; mais, si je ne me trompe, mes collègues des sections de médecine sont encore plus intéressés à y répondre que moi. Si, en effet, les traitements qu'ils conseillent et qu'ils appliquent ne sont qu'une déception, qu'ils le disent; la déception ne saurait durer plus longtemps.

» Je vous prie, monsieur le président, de vouloir bien communiquer cette lettre à l'Académie, et d'agréer l'expression du respect avec lequel j'ai l'honneur d'être, etc. »

DISCUSSION.

Tubage de la glotte et trachéotomie.

M. Bouillaud. — I. Messieurs, s'il existe parmi nous, et autour de nous, des personnes qui se complaisent au milieu des orages et des tempêtes scientifiques, et qui ne soient pas contentes du spectacle auquel elles assistent depuis déjà plusieurs semaines, certes il est permis de leur dire qu'elles ne sont pas faciles à contenter. Il est doux à ceux qui sont assis mollement sur le rivage de contempler les fureurs des flots et des vents conjurés, et d'admirer les efforts de courage et d'habileté que déploient les matelots d'un navire sur lequel, ou plutôt contre lequel s'exercent de pareilles fureurs (1). Mais

(1) Suave, mari magno, turbantibus æquora ventis,
E terra magnum alterius spectare laborem...
Suave etiam belli certamina magna tuere
Per campos instructa, tua sine parte pericli.

quoi de plus triste que le sort de ces derniers! Hé bien! n'y a-t-il pas quelque ressemblance entre ces malheureux combattants et ceux qui viennent à cette tribune lutter, non plus contre les éléments déchaînés, mais contre des collègues, des confrères, c'est-à-dire prendre part à une sorte de thébaïde médicale? Mais, dira-t-on peut-être, quel mauvais génie vous amène aujourd'hui dans cette galère, et *qu'y venez-vous faire?* Pourquoi monter à cette tribune, qui retentit encore des éloquents discours de plusieurs de vos collègues, assurément plus compétents que vous dans les questions qui s'agitent en ce moment? Je comprends à merveille l'objection et la leçon, et je ne saurais trop remercier les charitables personnes qui *tacitement* me les adressent.

Oui, on a raison, cent fois raison; que viens-je faire dans cette galère? Je n'en sais trop rien, et je crois bien que les spectateurs qui se pressent dans cette enceinte n'en savent pas plus que moi. Ils se tromperaient singulièrement, s'ils avaient la pensée que les lauriers des Miltiade qui ont occupé avant moi cette tribune m'empêchent de dormir. Hélas! je ne suis pas un Thémistocle, même au petit pied. Je crois, d'ailleurs, pouvoir me rendre au moins cette justice que, quels que puissent être mes autres défauts, le ciel m'a fait la grâce de m'accorder le don, bien précieux et bien doux, de sympathiser avec tous ceux qui se distinguent par des talents et des caractères éminents. Salut donc à vous, chers collègues qui, dans les séances précédentes, avez parlé au milieu des applaudissements de toute l'assemblée! Que vos couronnes de laurier vous soient légères! Je vous remercie du plaisir que j'ai éprouvé à vous entendre, des choses que vous m'avez apprises et de la gloire que vous répandez sur un corps dont j'ai l'honneur de faire partie. Mais, encore une fois, dira-t-on, il s'agit de tubage du larynx et de trachéotomie. Que *venez-vous faire dans cette maudite galère?*

C'est trop de curiosité. Mais si je ne réponds pas pour le moment à une question peut-être indiscrète; si je ne dis pas ce que je viens faire à cette tribune, je puis dire, en revanche, pourquoi et à quelle occasion j'ai demandé la parole. Je l'ai

demandée, non pas au sujet du tubage du larynx et de la trachéotomie, mais au sujet du traitement préalable du croup. Lorsque j'ai entendu mon brillant et savant collègue, M. Trousseau, déclarer, après avoir donné communication d'une lettre à lui écrite par un confrère de Paris, que le défaut de tout traitement préalable était une condition favorable à l'opération de la trachéotomie, je n'ai pu, je l'avoue, résister à un premier mouvement, et j'ai demandé qu'on m'inscrivît pour une prochaine séance. Quoi ! me suis-je dit, la trachéotomie serait-elle donc, avec le tubage du larynx, l'*alpha* et l'*oméga* de l'histoire thérapeutique du croup ? Serait-ce la dernière raison des praticiens ? Raconter maintenant, messieurs, combien, en quelques instants, d'idées me sont passées par la tête, serait parfaitement déplacé, et je me hâte d'en venir à quelque chose qui soit plus en rapport avec l'objet principal de la discussion.

C'est une belle chose que la trachéotomie, messieurs ; nous en sommes tous convenus. Mais *l'excès en tout est un défaut ;* en tout, même en matière de trachéotomie. J'oserai même dire, tout admirateur que j'en suis, comme d'autres, j'ose dire que si jamais un heureux praticien parvenait à nous dispenser, dans l'immense majorité des cas, d'un moyen aussi..... héroïque, il pourrait bien n'être pas salué comme le rival d'Esculape, à l'exemple de celui dont nous a parlé M. Bouvier, d'après Fabrice d'Acquapendente, mais il n'en mériterait pas moins le nom de bienfaiteur de l'humanité. Sans doute il est glorieux, il est divin d'arracher un enfant à une mort certaine, inévitable, au moyen d'une opération, cette opération fût-elle en elle-même bien plus grave que ne l'est la trachéotomie. On ne saurait célébrer d'une manière trop solennelle, trop pompeuse, des services, des hauts faits de ce genre. Pour les raconter, il est permis, surtout quand ils ont pour auteurs ces internes de nos hôpitaux en qui repose plus particulièrement l'espoir de la future génération médicale, il est permis d'emprunter, avec M. Bouvier, ce style grandiose, et vraiment sublime, de l'impérial rédacteur des bulletins de la grande armée. Mais ce juste tribut d'honneur et

de reconnaissance une fois acquitté, on ne doit pas oublier, messieurs, que la trachéotomie est une opération à laquelle *il faut payer l'impôt du sang* (ces mots *tragiques* ne sont pas de moi, mais d'un confrère dont j'aurai plus tard occasion de décliner le nom et de citer les travaux). Qu'on ne nous sache donc pas mauvais gré de ne pas désespérer encore, autant que certains de nos confrères, des moyens de la médecine proprement dite, sinon pour le présent, du moins pour l'avenir. M. Trousseau l'a proclamé lui-même : la trachéotomie ne guérit pas le croup; elle n'est qu'un moyen *dilatoire*. Ce moyen *dilatoire*, tout salutaire qu'il puisse être dans un certain nombre de cas, ne laisse pas que d'inspirer quelque frayeur (et ce n'est pas là, M. Trousseau en convient aussi, ce n'est pas là une vaine et *imaginaire* frayeur). Ne négligeons donc rien pour trouver les moyens capables de réduire à son minimum le sanglant impôt que nous sommes condamnés à payer à cette sorte de *divinité chirurgicale*.

II. Cela dit sur le principal motif qui m'amène à cette tribune, je ne vous dissimulerai pas, messieurs, que je n'étais pas fâché de trouver une occasion d'exprimer ma pensée sur cette autre opération, cause première de nos débats actuels, dont je ne me presse pas de prononcer le nom, parce que cette prononciation seule me fait mal au larynx, me l'*écorche* en quelque sorte, bien moins toutefois que l'opération ne le ferait elle-même, si j'en juge par les échantillons que M. Trousseau a pris soin de mettre sous nos yeux dans la dernière séance, et qui méritent bien par excellence le nom de *pièces probantes* et justificatives.

En présence de semblables pièces, je me plais à croire que, pour la troisième fois, les conclusions du rapport seront profondément modifiées, et le désir d'en faire la proposition formelle n'a pas été l'un des moindres motifs qui m'ont déterminé à prendre quelque part à cette discussion.

Ces motifs suffisamment connus, je vais entrer en matière, non sans avoir répété une dernière fois que j'aurais fait sagement en m'abstenant de venir dans cette galère. Mais il est

plus facile de voir et d'approuver les bonnes maximes que de les suivre :

... Video meliora, proboque;
Deteriora sequor.

Que si, avant de préconiser l'invention, passablement *hardie*, on en conviendra, à laquelle il a donné le nom de *tubage* du larynx, M. Bouchut, substituant en quelque sorte un exorde par insinuation à un exorde *ex abrupto*, eût commencé par rappeler un nombre suffisant d'inventions, de pratiques plus ou moins hardies antérieures à la sienne, peut-être aurait-il soulevé contre celle-ci un orage moins violent. Sa plus grande faute, il faut l'avouer, sa plus dangereuse manœuvre, a consisté dans une attaque aussi injuste qu'imprudente contre cette trachéotomie, qui constitue un des plus beaux fleurons de la couronne thérapeutique de son ancien maître, M. Trousseau, quel que soit le titre de *père*, de *parrain* ou de *patron* qu'on lui décerne. Parmi ces pratiques hardies qu'il aurait pu passer en revue, indiquons seulement : 1° l'émétique, l'opium, le sulfate de quinine à haute dose; 2° l'alimentation dans le plein d'une maladie aiguë, telle que la fièvre typhoïde bien caractérisée; 3° la trachéotomie contre les accidents dyspnéiques qui ont lieu dans un accès d'épilepsie ; 4° l'introduction d'une éponge fixée à l'extrémité d'une tige flexible dans le larynx, pour détacher la membrane croupale, idée conçue par un homme d'un si puissant génie médico-chirurgical (Dupuytren) ; 5° la thoracocentèse non plus dans les cas d'épanchements chroniques de la plèvre ou du péricarde, mais dans les cas d'épanchements pendant les périodes encore aiguës de la pleurite et de la péricardite ; 6° la cautérisation avec les caustiques les plus énergiques dans les angines couenneuses, malgré l'intensité des phénomènes inflammatoires (1) ; 7° la cautérisation avec le fer rouge dans certaines

(1) Pour qu'on m'excuse de signaler ici des pratiques contre lesquelles on a pu diriger des attaques plus ou moins vives, j'y joindrai, si l'on veut, la formule des saignées coup sur coup.

affections organiques du col de l'utérus (cautérisation effrayante au premier abord, et qui pourtant n'excite aucune douleur notable, quand elle est bien pratiquée), méthode dont notre éminent collègue, M. Jobert (de Lamballe), a l'honneur d'être l'inventeur, et grâce à laquelle il a triomphé de tant de cas jusque-là rebelles à tous les autres moyens; 8° enfin, cette opération audacieuse à la fois et vraiment admirable, l'une des plus glorieuses conquêtes de l'illustre chirurgien que nous venons de nommer, au moyen de laquelle il a guéri tant de femmes de la plus dégoûtante des infirmités dont elles puissent être atteintes (fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, etc.); que si, nous le répétons, M. Bouchut avait suivi avec toute l'habileté désirable un tel plan de campagne, peut-être n'eût-il pas manqué d'un certain nombre d'auxiliaires, et n'eût-il pas essuyé, du moins si promptement, une de ces défaites désastreuses dont on ne se relève pas, et que l'on pourrait appeler sa bataille de Pultava (1).

On a vu que M. Trousseau, par un sentiment qu'il a désigné, tout en s'excusant d'une innovation que notre collègue M. Piorry pourrait lui envier, sous le nom de *philintisme*, avait cru d'abord devoir ménager un peu son ancien disciple. Mais, par une circonstance que vous connaissez, messieurs, M. Trousseau est en quelque sorte revenu à la charge, et il a donné à son ancien élève une nouvelle leçon, magistrale au plus haut degré sans doute, mais un peu sévère. Si la main de Philinte porte de tels coups, que serait-ce de la main d'Alceste?

III. Je viens à la trachéotomie. Voici ce que j'en disais, il y a plus de douze ans, à l'article Croup de ma *Nosographie médicale:*

(1) Je dis « sa bataille de Pultava », à moins que M. Malgaigne, un moment son puissant auxiliaire, revenu de l'impression qu'ont produite sur lui les *pièces* mentionnées plus haut, par un de ces retours, qui ne nous surprendrait pas de sa part, ne *balance encore quelque temps la fortune*, comme un autre Mithridate.

« Lorsque, en dépit de tous les moyens employés, la pseudo-membrane n'aura pas été expulsée et que les malades seront en proie aux accidents d'une imminente suffocation, il ne reste plus qu'une dernière ressource : la trachéotomie (1).

» Il est vrai que jusqu'à ces derniers temps (j'écrivais ceci en 1846), ce suprême refuge, ce moyen extrême ne paraissait pas devoir amener *définitivement* des résultats bien favorables. Aussi Royer-Collard, MM. Bricheteau, Guersant et beaucoup d'autres, s'étaient-ils constitués les adversaires de l'opération indiquée. Mais les nouveaux faits publiés par M. Bretonneau, et plus récemment par M. Trousseau, sont beaucoup plus favorables à la trachéotomie que les faits antérieurs ne permettaient de l'espérer, *et sur la foi de ces auteurs*, à défaut de notre expérience personnelle, nous croyons devoir engager les praticiens à ne pas s'abstenir de cette opération, dernière *ancre de salut pour les malades*. Toutefois *il est bien entendu qu'avant de s'y décider, on n'aura négligé aucun des moyens qui auraient pu en prévenir la nécessité.* »

M. Trousseau voit qu'il y a déjà douze ans, je n'hésitais pas à me ranger de son parti et à le seconder, autant que me le permettaient mes faibles moyens, dans la lutte qu'il avait dès lors à soutenir au sujet de la trachéotomie. Ce concours, j'en conviens à mon grand regret, ne peut en aucune façon lui avoir servi, puisque l'ouvrage dans lequel je le lui prêtais n'a été lu de personne, et c'est de la part de mon cher collègue une action bien méritoire que d'avoir, dans la dernière séance, emprunté une citation à une *Nosographie*, je ne dirai pas si généralement *oubliée*, ce serait lui faire trop d'honneur, mais si universellement *ignorée*. Au reste, il y avait bien aussi quelque mérite de mon côté à me déclarer partisan

(1) Je n'ai point oublié de rappeler, dans ma *Nosographie*, l'idée qu'avait eue Dupuytren de détacher et d'enlever la pseudo-membrane au moyen d'une éponge introduite dans le larynx, à la faveur d'une tige flexible, à l'extrémité de laquelle elle aurait été fixée.

de la trachéotomie, dont M. Trousseau était alors comme aujourd'hui le plus brillant représentant, puisque, à cette époque, dans un mémoire très remarquable d'un jeune médecin dont la perte prématurée ne saurait être trop regrettée, M. Boudet, il n'y avait rien qui pût m'encourager beaucoup. Dans ce mémoire, après avoir signalé comme contre-indications à la trachéotomie, l'existence d'une pneumonie, ou l'existence de pseudo-membranes dans les bronches, se fondant sur ce que plusieurs enfants placés dans ces conditions ayant été opérés en 1841, ils moururent tous après l'ouverture de la trachée, M. Boudet ajoute : « Ceux, au contraire, dont l'état général était aussi fort inquiétant, mais qui n'avaient de pseudo-membranes que dans le larynx ou la trachée, ont eu la vie prolongée de plusieurs jours. » Une prolongation de la vie de plusieurs jours pour tout résultat, ce n'était là rien de bien merveilleux!

Ainsi donc, comme je l'ai dit à M. Trousseau dans la précédente séance, je n'ai pas été des derniers à lui rendre justice, ainsi qu'à son illustre maître et compatriote, M. Bretonneau.

Ce n'est donc point pour combattre l'emploi rationnel de la trachéotomie, le traitement *chirurgical* du croup, que je suis monté à cette tribune, mais pour présenter quelques réflexions au sujet du traitement médical de cette maladie. Je me serais volontiers abstenu d'aborder cette matière elle-même, si la manière dont mon savant collègue M. Trousseau s'est exprimé à cet égard ne m'avait produit l'effet d'une sorte de coup d'aiguillon. Je n'aurai probablement pas à me féliciter d'avoir donné cette preuve de sensibilité. Quoi qu'il en soit, après avoir déclaré que la trachéotomie en cas de croup n'est qu'une opération *dilatoire*, il aborde ensuite une *grosse* question (le mot *grosse* est de M. Trousseau), celle du *traitement préalable*. Voici textuellement en quels termes il s'est exprimé (1) :

(1) Je copie ici le compte rendu de l'*Union médicale*, que je trouve conforme à ce que j'ai entendu.

« Maintenant une grosse question est celle du traitement préalable. Généralement on fait vomir les enfants ; on leur applique des sangsues au cou, où la compression est impossible et où l'on ne peut arrêter les hémorrhagies ; *on leur fait pis :* on leur pose des vésicatoires ; en d'autres termes, on les soumet à la plus périlleuse, à la plus absurde des médications. Un vésicatoire contre un accident purement mécanique ! Que dans la première période on ait recours à une médication générale, passe encore ! mais dans la deuxième ! Les enfants nous arrivent donc dans des conditions déplorables, les intestins fatigués par les vomitifs, les sangsues, et couverts de fausses membranes partout où les vésicatoires ont été appliqués. *L'absence de tout traitement est infiniment préférable*, ainsi qu'il résulte de cette lettre que m'a écrite spontanément M. le docteur Lefebvre. Ce médecin envoie à l'*hôpital des enfants* ses petits malades vierges de tout traitement. Sur sept enfants, cinq ont été guéris ; le sixième est mort de pneumonie un mois après sa sortie de l'hôpital ; le septième allait très bien le cinquième jour après l'opération, époque à laquelle il a été perdu de vue. *On en sauverait donc infiniment plus, s'ils n'avaient pas été traités en ville.* »

M. Trousseau trouve fort grand le mérite qu'a eu M. Lefebvre *d'avoir su comprendre que tout traitement devenait au moins inutile.*

Ailleurs, il dit : « Depuis quelque temps, il y a une tendance parmi les médecins à attribuer au croup une curabilité plus grande que je ne l'admets moi-même. Je suis frappé d'une chose, c'est de l'*épouvantable* mortalité indiquée dans les rapports des médecins des épidémies. Encore cette année, comme l'année dernière, nous voyons figurer des statistiques *désolantes*, tout à fait analogues à celles que je viens de citer (1) ; et pourtant les médications générales dont on paraît

(1) « Je trouve (c'est M. Trousseau qui parle), dans la *Nosographie* de M. Bouillaud, l'histoire de Zobel, qui, sur 40 croups traités par les moyens généraux seuls, eut 39 morts. J'ai cité dans mon rapport la statistique de M. le docteur Ferrand, qui compte, dans les mêmes circon-

se louer tant avaient été essayées avec énergie et sans aucun succès. »

Rapprochons ce passage et la note statistique qui l'accompagne du passage suivant du discours de M. Trousseau : « S'il était une période où le croup fût toujours curable, il ne faudrait jamais opérer dans cette période ; et s'il était toujours incurable dans une de ses phases, celle-ci réclamerait toujours l'opération. »

Or, M. Trousseau n'admet aucune période où le croup soit toujours certainement curable (1) ; donc il n'en est aucune qui, d'après lui, ne puisse réclamer la trachéotomie, bien que ce soient particulièrement les deuxième et troisième périodes qui la réclament.

Mais si l'on admet qu'il n'est aucune médication interne sur laquelle on puisse compter, même dans la première période ; si, de plus, on partage cette *entière conviction* de M. Trousseau, « qu'on aurait INFINIMENT plus de succès par la trachéotomie, si, comme cela arrive assez souvent, les enfants arrivaient à la suffocation croupale vierges de tout traitement » (c'est en preuve de cette assertion que M. le professeur Trousseau a lu la lettre de M. le docteur Lefebvre dont nous avons parlé plus haut) ; en vérité, messieurs, je le demande à M. Trousseau, combien y a-t-il d'enfants réellement atteints du croup dont on pourrait dire, avec quelque certitude, qu'ils échapperont à l'opération de la trachéotomie ?...

S'il en est ainsi, que devient le traitement médical du croup ? Certes, bien que le couteau et le bistouri soient spé-

stances, juste 60 morts sur 60 malades ; et je vous ai dit enfin que, dans un district de la Sologne, j'ai vu moi-même, avec MM. Leblanc et Ramon, 15 malades sur 17 succomber ; les deux qui survécurent avaient été seuls traités par des moyens topiques. »

(1) « Dans la première période du croup, jamais la trachéotomie ne doit être faite, dit M. Trousseau, à moins que l'asphyxie ne devienne imminente, comme cela a lieu très rarement dans la laryngite connue sous le nom de *pseudo-croup*. »

cialement les armes thérapeutiques du chirurgien, je ne veux pas que dans certains cas les médecins ne puissent les manier, et je suis heureux de proclamer ici la dextérité avec laquelle M. Trousseau en particulier sait s'en servir au besoin. Mais enfin ce serait un grand bonheur pour le médecin de pouvoir s'en passer, dans le genre de maladies auquel appartient le croup simple, franchement inflammatoire, le seul dont je veuille m'occuper ici.

Avant d'aller plus loin, oserai-je mettre sous les yeux de ceux qui m'écoutent ce que je disais de l'élément principal de la méthode antiphlogistique, à propos du croup, dans la *Nosographie* que M. Trousseau a bien voulu citer.

Voici l'article :

« S'il est une phlegmasie au traitement de laquelle s'adapte merveilleusement en *principe* la nouvelle formule des émissions sanguines, bien accommodée à toutes les conditions des cas particuliers, c'est assurément celle qui nous occupe. Malheureusement, ma position ne m'a pas permis d'appliquer cette formule à la phlegmasie dont il s'agit, et je ne sache pas que cette application ait été rigoureusement tentée par ceux de mes confrères auxquels leur pratique dans un hôpital d'enfants permet d'observer souvent le croup. Je conviens qu'il faut apporter une grande prudence dans cette application, eu égard à l'âge tendre des sujets chez lesquels sévit le plus ordinairement le croup. *Mais la mortalité est si effrayante sous l'influence des pratiques jusqu'ici employées*, qu'il est plus que légitime d'en essayer une à laquelle tout semble promettre des résultats plus favorables. »

On voit par cet article même qu'il ne me siérait pas d'attaquer ce que M. Trousseau a pu dire de l'inefficacité, de l'impuissance des méthodes les plus usitées.

Avant d'insister sur la question, hélas! trop délicate, que soulève l'article de ma *Nosographie* rapporté tout à l'heure, mettons M. Barthez en présence avec M. Trousseau, tous les deux si compétents dans le grave sujet qui nous occupe.

M. Barthez (*Union médicale* du 4 septembre), après une

analyse raisonnée des diverses statistiques dont il a été question dans ce débat, arrive au résultat suivant :

Nombre des croups dans Paris :

Première période, comprenant 15 années (de 1826 à 1840).

Nombre calculé dans l'hypothèse de 1 guéri sur 4.

Décès : 2,884 + 961 guérisons = 3,845. Moyenne : 256 par an.

Seconde période, comprenant 18 années (de 1841 à 1858), et 16 ans seulement en retranchant 2 années d'épidémie.

Nombre calculé dans l'hypothèse de 1 guéri sur 6.

Décès : 5,730 + 1,146 guérisons = 6,876. Moyenne : 429 par an.

Quelle effrayante mortalité! messieurs. Sur 10,721 malades, 8,614 meurent, 2,107 survivent! *Apparent rari nantes in gurgite vasto.*

Mais vous croirez peut-être que M. Barthez a *chargé* son tableau statistique. Non; il a pris soin lui-même de nous détromper, et voici comment il nous enlève une illusion si douce : « Certes, dit-il après avoir cité quelques détails statistiques (1); certes, en présence de ces chiffres, et pour les cas dans lesquels l'erreur de diagnostic a été évitée autant que possible, on conviendra qu'en accordant 1 guérison sur 5 (4 morts sur 5) au traitement médical, à Paris, de 1826 à 1830, je suis suffisamment généreux (quelle triste générosité!). Cependant je veux faire une concession aussi large que possible, et je reconnaîtrai, si M. Bouvier le désire, que le traitement, soit en ville, soit à l'hôpital, donnait 1 guérison de croup sur 4 cas (3 morts sur 4). »

Du reste, moins *pessimiste* encore que M. Bouchut, M. Barthez ne croit pas qu'on soit moins heureux aujourd'hui qu'on ne l'était il y a quelques années, en ce qui concerne le traitement du croup. Sa *conviction personnelle*, au contraire, *c'est*

(1) Ces résultats donnaient : 1 guérison sur 6 décès 1/2 en 1834-39, et 1 guérison sur 18 décès 1/2 en 1840-41. Une telle mortalité fait vraiment trembler!...

que le traitement moderne du croup a instauré une ère très favorable pour la guérison de cette maladie.

Je m'efforce en vain de concilier la *conviction* optimiste de notre confrère, M. le docteur Barthez, avec celle de M. Trousseau, telle que nous l'avons exposée plus haut. M. Trousseau ne doit pas ignorer, cependant, les faits sur lesquels se fonde la conviction de M. Barthez. Pour nous, messieurs, nous avons vainement cherché dans le travail de M. Barthez quel est ce *traitement moderne du croup qui a instauré une ère très favorable pour la guérison de cette maladie.* C'est là un grand *desideratum*, un large vide dans le remarquable travail dont nous nous occupons. Tout ce qu'on y lit sur le traitement médical du croup se réduit à ces quelques lignes, qui ne sont guère plus *modernes* que consolantes : « A l'hôpital Sainte-Eugénie, le grand nombre des enfants nous arrive, après que l'on a épuisé sur eux des traitements médicaux *plus ou moins bien entendus*.....

» Comme tous ceux, je crois, qui ont pris part à la discussion actuelle (celle qui a eu lieu dans le sein de la Société des médecins des hôpitaux de Paris), j'ai conseillé la trachéotomie, après avoir mis en usage et *avoir vu échouer les traitements médicaux les plus accrédités.*

» La trachéotomie ne doit être pratiquée qu'après *l'emploi des moyens médicaux, et lorsqu'il paraît établi qu'ils n'ont pas de prise sur la maladie* (1). »

(1) L'opinion de M. Barthez sur la trachéotomie dans le croup ne diffère-t-elle nullement elle-même de celle de M. Trousseau? on en jugera en rapprochant de ce que celui-ci a dit de cette opération, le passage suivant de M. Barthez sur le même point : « La trachéotomie dans le croup est un progrès immense, mais c'est une opération sérieuse et grave, qui, comme la plupart des conquêtes et des progrès de l'homme, *a payé et paye encore l'impôt du sang*... Quels que soient nos efforts, si nous arrivons à diminuer beaucoup, je doute que nous puissions réduire à néant le nombre des morts causées par l'opération elle-même. » Après avoir exposé avec toute la science et toute la conscience qu'on était en droit d'attendre de lui les diverses raisons qui lui font considérer l'opération de

IV. C'est ici, messieurs, qu'en dépit d'une répugnance que j'ai bien de la peine à vaincre, je viens exprimer le regret que nul encore, en remplaçant, autant que possible, les sangsues par les ventouses scarifiées, n'ait appliqué au traitement du croup franchement inflammatoire, avec toute la prudence, toute la circonspection convenables, cette nouvelle formule des saignées, dont je prononce devant vous le nom avec le même plaisir que j'éprouverais si je marchais sur des charbons ardents.

Qu'en dire, en effet, à une époque où le silence et le vide qui se sont faits autour d'elle sont arrivés à ce point, qu'on est venu d'Angleterre à Paris pour savoir s'il en était encore question, si elle n'était pas en quelque sorte morte avec son auteur?

Cependant, messieurs, elle vit, et n'a pas cessé de faire acte de présence et de fonctionner, depuis un quart de siècle passé qu'elle compte déjà d'existence. Je fais appel à l'indulgence de tous ceux qui m'écoutent, car on en a bien besoin quand on est obligé de parler de soi, chose essentiellement *haïssable*, ainsi que l'a dit un homme qui s'y connaissait, Blaise Pascal. Non, messieurs, vous ne vous montrerez pas par trop sévères envers un confrère qui fait de sa personne et de ses travaux aussi bon marché que l'on voudra; d'un confrère qui, depuis longues années, s'est écrié ici, à cette tribune même, et ailleurs : *Vanitas vanitatum et omnia vanitas!* Ce n'est pas en vieillissant, c'est-à-dire en achevaut de perdre toutes les illusions, que j'aurais acquis le droit de changer de langage. Je le répète donc : tout est vanité, tout, jusqu'à la vanité elle-même; et ce que je dis, je le pense.

Permettez-moi donc, messieurs, de déclarer qu'aujourd'hui,

la trachéotomie comme grave en *elle-même*, par *elle-même*, M. le docteur Barthez ajoute en terminant :

« Ce sont toutes ces raisons qui m'engagent à ne pas trop précipiter l'opération, et qui me feraient accepter avec reconnaissance tout moyen, s'il pouvait s'en trouver, *qui serait capable de remplacer la trachéotomie*, MÊME QUELQUEFOIS SEULEMENT, *sans avoir* ses inconvénients et ses dangers. »

comme depuis les vingt-cinq années précédentes, comme aux jours où elle fut solennellement discutée au sein de cette Académie, la *nouvelle formule des saignées* dans les maladies qui, de l'aveu universel des sages médecins de tous les temps et de tous les lieux, réclament la méthode antiphlogistique, poursuit, sans aucune interruption, le cours de ses heureux succès (succès auxquels on ne peut d'ailleurs ajouter une foi pleine et entière qu'après en avoir assez longtemps été témoin); qu'elle donne, avec une constance et une régularité qui ne se démentent pas, les résultats déjà proclamés à cette tribune, savoir : une mortalité tellement diminuée, même dans les maladies aiguës les plus graves, la pneumonie et la fièvre typhoïde, où la mortalité était de 1 sur 3 (1), qu'on a pu, après avoir pendant plusieurs années déterminé le chiffre proportionnel des morts et des guérisons, dans des statistiques *exactes*, arriver à cette conclusion : « Dans les maladies de la grande classe qui nous occupe (phlegmasies et fièvres continues avec prédominance de l'élément inflammatoire), traitées à temps par la *nouvelle formule* des émissions sanguines, la guérison est la *règle* et la mort l'*exception*. »

Ajoutons que, sous l'influence de cette *formule*, appliquée

(1) C'est le chiffre publié par MM. Chomel et Louis un peu avant l'époque où je commençai l'enseignement de la clinique médicale, alors que la pratique *personnelle* de Broussais occupait encore tous les esprits. M. Louis, dont le nom fait autorité, venait, dans un mémoire célèbre, armé de la méthode numérique, de proclamer que les saignées, telles qu'on les employait généralement alors, ne diminuaient d'une manière bien notable ni la *mortalité* ni la *durée* des maladies inflammatoires les plus communes, telles que la pneumonie, l'angine, l'érysipèle. Ce n'est pas moi qui combattrai cette conclusion, en tant qu'elle s'applique uniquement aux *pratiques* antérieures à la *nouvelle formule* des émissions sanguines. Dans un résumé de 63 cas de pneumonie recueillis en 1822 à l'hôpital Cochin, dont j'étais interne, il y avait 16 morts, c'est-à-dire un peu moins de 1 sur 4, chiffre qui ne diffère guère de celui de 1 sur 3 indiqué plus haut. Or, dans ces 63 cas, la saignée avait été employée selon les *pratiques* ordinaires. Je dis *pratique*, et non *formule*, car jusqu'ici, dans aucune école, y compris celle de Broussais, les saignées n'avaient encore été *formulées*.

dans la *juste mesure* que comporte chaque cas en particulier, la convalescence est tellement rapide (elle commence dans le courant du premier septénaire de traitement, très souvent après les deuxième et troisième jours), qu'il est impossible, en comparant ce résultat à celui fourni par toutes les autres pratiques, de ne pas reconnaître qu'il est bien l'*effet* de la *cause* à laquelle nous le rapportons, et qu'il est absolument impossible de le rapporter à une autre cause. Ajoutons enfin qu'en amenant une guérison aussi prompte, c'est-à-dire en prévenant le passage des maladies inflammatoires aiguës à l'état *chronique*, la formule en question prévient le développement de ces fatales maladies *chroniques-organiques* dont regorgent (je ne dis rien de trop), soit nos services de médecine, soit nos services de chirurgie eux-mêmes.

Oh ! qu'il me serait doux d'insister plus longtemps sur cette consolante pratique, si je pouvais en attribuer l'origine à quelqu'un de mes confrères, n'importe lequel ! J'en connais dont l'étoile lui porterait bonheur. Mais, hélas ! ils ne consentiraient jamais à se charger de la *responsabilité* d'une médecine qui produit de tels résultats. D'ailleurs, il faudrait commencer par une sorte de *renonciation* à l'antique religion médicale. Or, qui pourrait opérer cette miraculeuse conversion ? Assurément, ce n'est pas un faible mortel tel que moi. Il ne faudrait rien moins qu'un autre *saint Remi*, et il n'appartient qu'à celui qui seul est grand de faire les conversions et les miracles... Mais revenons à la question, au traitement médical du croup.

Eh bien ! messieurs, osons encore le redire tous ensemble : n'est-il pas triste, au suprême degré, d'en être réduits à venir proclamer ici ce que vous avez entendu sur ces statistiques lamentables relatives à la mortalité du croup bien caractérisé, et sur l'impuissance de tous les moyens actuels autres que la trachéotomie pour diminuer sensiblement une telle mortalité ? Et s'il en est ainsi, ne ferez-vous pas grâce à l'un de vos collègues d'avoir, avec un zèle trop sincère peut-être, osé proposer d'appliquer, toutes les conditions de l'espèce de maladie dont il s'agit calculées et respectées ; d'appliquer, dis-je, au traite-

ment médical du croup franchement inflammatoire une *formule* qui, depuis vingt-cinq ans, a obtenu dans le traitement de la classe des maladies auxquelles ce croup appartient les heureux résultats que je viens de rappeler?

V. Ce qu'il y a d'affligeant et de grave, messieurs, dans une déclaration d'impuissance sous le rapport du traitement médical du croup, se présente de soi-même à tous les esprits. Je vais vous signaler une des plus fâcheuses conséquences d'une telle déclaration. Aujourd'hui même, M. Trousseau vient d'offrir à l'Académie une brochure de M. le docteur Béhier, relative à l'homœopathie, en faisant remarquer qu'il s'agit d'une question à l'ordre du jour (et je dois rappeler qu'en montant à la tribune, j'ai déclaré que, dans mon discours, je parlerais de cette doctrine à l'ordre du jour, mais que j'étais prêt à renoncer à la parole si l'Académie ne jugeait pas convenable de soulever ici une pareille discussion). Eh bien ! je suppose (et cette supposition ne s'est déjà que trop souvent réalisée), je suppose donc un cas de croup dans lequel le médecin aura fait l'aveu de son impuissance. Pensez-vous, messieurs, qu'avant d'en appeler à l'opération de la trachéotomie, il n'arrivera pas le plus souvent que l'on invoque le secours de ceux qui prétendent guérir le croup au moyen de leurs globules infinitésimaux ? Ces globules, on en conviendra, sont bien plus propres à inspirer le sentiment du merveilleux que le sentiment de la frayeur, et il y a de grandes probabilités qu'ils seront acceptés par la plupart des mères, de préférence à la trachéotomie, jusqu'au dernier moment, c'est-à-dire lorsque, de l'aveu de tous les partisans de cette opération, elle a beaucoup perdu de ses chances de succès.

Mais comment échapper à ces globules infinitésimaux qui, s'ils sont réellement administrés selon la formule, n'ont et ne peuvent avoir qu'une action représentée par zéro, et rivalisent ainsi avec les fameuses pilules *è micâ panis?*

Le moment est venu pour moi d'aborder d'une manière plus générale la malheureuse question de l'*homœopathie*.

Qu'est-ce donc que cette homœopathie réduite à sa juste

valeur? L'homœopathie tout entière repose, on le sait, sur ce double fondement, savoir: 1° qu'au principe hippocratique *Contraria contrariis curantur*, il faut substituer le principe *Similia similibus curantur;* 2° que pour exercer leur pouvoir thérapeutique, les médicaments doivent être donnés dans un état de division *infinitésimale*, ou à des doses infinitésimales.

De l'aveu universel de tous ceux pour qui la logique en général, et la logique médicale en particulier, n'est pas un mot vide de sens, les deux principes *cardinaux* de l'homœopathie sont réellement deux palpables *contre-vérités*. Le premier ne mériterait pas, en conscience, les honneurs d'une discussion sérieuse. Quoi! c'est par leurs *semblables* qu'il faut combattre les maladies (*similia similibus curantur*)! Ainsi pour combattre une *hypertrophie*, vous prescrirez les moyens propres à augmenter la nutrition des organes, des appareils, des systèmes hypertrophiés! et réciproquement, s'il s'agit d'une *atrophie*, vous aurez recours aux moyens qui diminuent la nutrition. Pour combattre un rétrécissement d'un organe creux, vous ferez intervenir les moyens propres à produire un rétrécissement; pour combattre une dilatation, vous mettrez en usage des moyens dilatants. C'est par vos globules *similaires* et *infinitésimaux* que vous remédierez à ces états *chloro-anémiques*, cause si fréquente, et si souvent méconnue, des désordres fonctionnels les plus divers. Pour combattre une phlegmasie, vous ordonnerez les agents propres à produire un état inflammatoire, et au lieu, par exemple, d'enlever le grain de sable ou autre corps étranger qui détermine une conjonctivite, vous en introduirez un second et vous le maintiendrez. Pour combattre les produits des maladies inflammatoires, par exemple un épanchement pleurétique ou péricarditique, vous ordonnerez des moyens propres à provoquer de nouveaux épanchements. Et pour citer particulièrement la maladie à l'occasion de laquelle je suis monté à cette tribune, pour *guérir* la *fausse membrane croupale*, vous ne manquerez pas d'administrer des remèdes propres à opérer la production d'une *semblable* fausse membrane! Etc., etc., etc.

Voilà, messieurs, la conclusion logique forcée, le corollaire

du premier des *principes* sur lesquels repose tout entier le fragile édifice de la médecine homœopathique. Passons au second.

Les doses *infinitésimales* exercent un pouvoir thérapeutique, curatif, qu'on chercherait en vain dans les doses ordinaires, ou les doses des allopathes. Il faut, certes, une *dose* de crédulité non *infinitésimale* pour oser proclamer et admettre un *principe* d'une pareille espèce. Il suffit, messieurs, d'énoncer un tel principe pour en faire justice! Mais la saine expérience, juge suprême en cette matière, en a déjà démontré, hélas ! mille et mille fois, et en démontre chaque jour la déplorable fausseté.

Ce serait réellement faire une sorte d'injure à ceux devant qui j'ai l'honneur de parler, et à l'esprit scientifique lui-même, que de poursuivre cette matière.

Terminons cet article en faisant remarquer (et cette remarque en vaut bien la peine), que les homœopathes, au mépris de cette école des Bichat, des Broussais et des Laënnec, dont le principe fondamental est de déterminer le siége des maladies et leur nature *organico-vitale*, c'est-à-dire leur double élément matériel et dynamique; les homœopathes, dis-je, au mépris de cette *suprême loi*, sans laquelle il n'y a nulle médecine vraiment digne du nom de science, s'attaquent, dans l'immense majorité des cas, à des symptômes, à des accidents fonctionnels dont il leur serait impossible de déterminer la véritable origine. Ils ressemblent sous ce rapport, ainsi que Laënnec l'a dit, à ces bateleurs qui combattent les yeux fermés, et s'exposent par conséquent à frapper sur le malade non moins que sur la maladie.

Dans cette immense majorité de cas, d'ailleurs, de quoi s'agit-il, très souvent, sinon de ces lésions *chroniques-organiques* de l'ordre *médical*, qui sont pour les organes intérieurs exactement la même chose au fond que ces maladies chirurgicales connues sous les noms de *tumeurs*, de rétrécissements, de dilatations, d'ulcères, de corps étrangers, de vices de conformation, etc. ? Qu'est-ce, en effet, que la médecine, sinon une chirurgie *interne?* et qu'est-ce que la

chirurgie, sinon une médecine *externe?* Or, nous savons tous, messieurs, que dans l'ordre des maladies *chroniques-organiques* extérieures ou *chirurgicales* proprement dites, c'est aux opérations, aux moyens mécaniques, qu'il faut, en dernière analyse, avoir recours. Que pourraient contre ces maladies les *globules homœopathiques?* Les homœopathes eux-mêmes sont bien obligés de confesser ici leur radicale impuissance. Aussi, plus heureuse que la médecine, sa sœur, la chirurgie a-t-elle échappé à l'invasion, à l'usurpation de l'homœopathie. D'où il suit que les globules homœopathiques tomberaient pour ainsi dire d'eux-mêmes des mains des homœopathes les plus croyants, si ceux-ci reconnaissaient cette vérité, qui est pourtant aussi évidente que la lumière pour les médecins de l'école, désormais victorieuse, des Bichat, des Broussais et des Laënnec, s'ils reconnaissaient, dis-je, que dans un nombre infini de cas où ils administrent leurs globules, il s'agit de maladies *chroniques-organiques intérieures*, essentiellement les mêmes que les affections extérieures ou *chirurgicales* contre lesquelles les globules homœopathiques déclinent au moins leur compétence. Seraient-ils donc plus puissants contre les lésions *chirurgicales* intérieures? La réponse est facile.

La voilà donc, messieurs, cette homœopathie qui défie tous les jours les pratiques qu'elle appelle officielles. Un de ses croyants (celui-là n'était pas Français) a naguère encore fait résonner ses doctrines, ses rêveries, si l'on aime mieux, dans les amphithéâtres de l'antique Faculté de Montpellier, et le divin Hippocrate ne s'est pas réveillé pour chasser du temple un tel profane! Un autre de ses adeptes, et celui-là est bien Français, pratique, a pratiqué du moins le *quid nihil* homœopathique dans vos hôpitaux, ces sacrés asiles du pauvre, et l'on n'a pu triompher d'une résistance, d'une persévérance dignes d'une meilleure cause. Enfin, deux jeunes sectateurs ont poussé le zèle de leurs croyances, de leur foi homœopathiques, jusqu'au point de faire acte de présence dans un concours pour l'agrégation, et de professer leurs doctrines dans le sanctuaire même de la médecine des Bichat, des

Broussais et des Laënnec, dans ce grand amphithéâtre auquel touche la statue de l'immortel auteur de l'*anatomie générale*, et dans lequel on voit le buste vénérable du grand Ambroise Paré, étonnés tous les deux, sans doute, d'entendre des paroles aussi *malsonnantes*.

N'est-ce pas le cas de dire : *Jam proximus ardet Ucalegon ?*

Il est bien temps d'arrêter les progrès de cette *déplorable* rêverie allemande. Mais, me dira-t-on, vous en parlez bien à votre aise. Quels moyens avons-nous pour prévenir, empêcher l'espèce de scandale médical que vous signalez ? Quels moyens ! Je les indiquerai tout à l'heure ; mais avant, permettez-moi de vous répondre que je ne suis pas aussi à mon aise que vous le pensez, en vous parlant ici, comme je le fais, de l'homœopathie. Qu'importe ? *Fais ce que dois, advienne que pourra.* Si toutefois quelqu'un veut prendre ma place, je la lui céderai volontiers.

J'aurais donc pu, comme tant d'autres, garder un silence prudent, m'en tenir à cette morale, d'une pratique si commode, qui consiste à laisser l'erreur circuler librement dans le monde auquel elle ne déplaît pas, et dire : *Vulgus decipi vult, decipiatur.*

Je reviens maintenant à la question des *voies* et *moyens*. Hé bien ! messieurs, pour vaincre l'homœopathie, la médecine qu'elle appelle *allopathique* doit d'abord lui opposer non pas des doctrines sans cesse aux prises les unes avec les autres, sous le double rapport du *diagnostic* (par ce mot, j'entends ici tout ce qui concerne la connaissance de la nature des maladies) et du *traitement*. Pour vaincre l'homœopathie, il faut donc, je ne dirai pas une *foi*, une *croyance*, mais une conviction médicale, et avec la conviction l'*unité* de *doctrine*, qui en est inséparable, qui en constitue le signe en quelque sorte *pathognomonique*.

Comment s'acquiert la conviction médicale ? Comme toutes les convictions scientifiques : par une étude suffisamment approfondie, à laquelle président des méthodes logiques et des méthodes expérimentales *exactes* et *exactement* appliquées, par la DÉMONSTRATION, en un mot.

Cette conviction allopathique existe-t-elle? *Sic et non*, oui et non. Elle existe pour quelques-uns; elle n'existe point encore, je voudrais pouvoir me dispenser de l'avouer, pour l'immense majorité des médecins : *Inde mali labes.*

Oui, telle est bien la principale source du mal, le grand argument, la triomphante apostrophe des *homœopathes*. Lisez plutôt leurs manifestes, vous y verrez citer les noms immortels de Boerhaave, de Bichat, escortés des noms de quelques illustres médecins plus modernes, pour prouver l'impuissance avouée de la médecine qu'ils appellent *allopathique*. Mais, pour être mieux compris, mettons sous les yeux de l'Académie les pièces suivantes, qui, à leur manière, méritent bien aussi le nom de *probantes*.

Voici comment, d'après un journal célèbre, s'exprime l'homœopathie sur le compte de l'*autre* médecine :

« Qu'était-ce donc que la médecine avant Hahnemann? s'écrie l'homœopathie. Écoutez les princes de la science. Boerhaave, le plus grand génie médical des temps modernes : « Il serait plus avantageux qu'il n'y eût jamais eu de médecins dans le monde. Conservez-vous la tête fraîche, les pieds chauds, le ventre libre, et moquez-vous des médecins! » Et Sprengel : « Le scepticisme en médecine est le comble de la science. » Et Broussais : « Elle berce l'être souffrant d'un espoir chimérique... et une semblable utilité semble la placer sur la ligne de l'astrologie, de la superstition et de tous les genres de charlatanismes... » Et Bichat, et Alibert, et tant d'autres. Qu'est-ce qu'un art de guérir qui change aussi souvent que les modes des femmes? On demandait à Vicq d'Azyr si un remède était bon : « Hâtez-vous de le prendre, dit-il, tandis qu'il guérit encore. »

Je laisse, bien entendu, à qui de droit la responsabilité d'une histoire médicale ainsi faite, et je passe à ce qu'on lit ensuite, par opposition, sur l'homœopathie :

« Hahnemann paraît, et à l'hypothèse, à la divination, il substitue l'observation : il applique à la médecine la méthode de Galilée, de Newton et de Descartes. »

Rien que cela! Je ne poursuis pas, car il me faudrait reve-

nir sur ce que j'ai dit plus haut touchant les principes fondamentaux de Hahnemann, ce prince de tous les rêveurs scientifiques présents, passés et futurs.

Voici donc ce qu'on lit, au sujet d'un procès fameux, dans l'un des journaux les plus répandus, l'*Indépendance belge*. Le même journal dit encore :

« Si un débat doit être populaire, à coup sûr c'est celui-là; car, comme disait très spirituellement M. Chaix d'Est-Ange, plaidant en 1847 pour madame Hahnemann, que le parquet poursuivait pour exercice illégal de la médecine, nous ne pouvons assister en spectateurs *désintéressés aux luttes des médecins. Nous sommes les enjeux ou plutôt les premières victimes de leurs querelles. Tous tant que nous sommes, nous vivons au milieu de cette arène où ils se battent. Ce ne sont pas eux, mais nous qui recevons les coups, et ces coups-là sont mortels.* »

Pesez bien ces paroles de l'un des princes de la parole, alors avocat si justement célèbre, aujourd'hui investi d'une si haute magistrature. Ces paroles bien pesées, qui pourrait me reprocher, messieurs, d'avoir, avec l'assentiment demandé de l'Académie, soulevé la question toujours flagrante de l'homœopathie, et de l'avoir prise au sérieux ?

« Nous sommes les enjeux, les premières victimes de leurs querelles... Ce ne sont pas eux, c'est nous qui recevons les coups, et ces coups-là sont mortels. »

Voilà, je les répète, voilà, messieurs, les graves paroles d'un avocat et d'un magistrat illustre! Ne les oubliez pas, et vous serez plus disposés à l'indulgence pour certaines de mes réflexions, qui, je le sais bien, et j'en gémis, ne peuvent manquer de déplaire plus ou moins à un bon nombre de ceux qui m'entendent. O vérité, vérité! qu'il en coûte pour te défendre ! *Amicus Plato, sed magis amica veritas.* Admirable maxime, mais d'une application bien laborieuse, du moins dans certains cas!

On le voit, ce que l'on reproche à la médecine qu'on appelle *officielle*, c'est, ainsi qu'il nous avait été si douloureux de le dire, c'est le défaut de *conviction*, d'*unité*.

Que ne devons-nous pas tenter, par conséquent, tous tant que nous sommes, pour atteindre à cette *unité?* Tant que nous n'y serons pas parvenus, les disputes, les guerres médicales continueront nécessairement. Puisse cette grande et dernière conquête ne pas se faire longtemps attendre, car il serait bien temps, en effet, de pouvoir fermer sans retour les portes de notre temple de Janus!

Cette unité, que les homœopathes nous reprochent de ne pas posséder, ils osent prétendre qu'elle n'est réservée qu'à eux. En voulez-vous une preuve? La voici: je la trouve dans une lettre d'un médecin homœopathe, dont j'ai dit un mot au commencement de cette séance.

Après s'être plaint de ce que, dans le discours d'ouverture de ma clinique de 1858, je me suis exprimé sur le compte des homœopathes d'une manière qui lui a paru blessante (1), il me demande si j'ai *sérieusement expérimenté la médication homœopathique ?.....*

Après cette question, il rapporte deux faits qui *lui semblent favorables* à l'homœopathie, et qui sont néanmoins parfaitement insignifiants, puis il continue en ces termes :

« Mon témoignage est d'autant moins suspect, que j'ai fait imprimer et distribuer une lettre dans laquelle je disais que, sur dix maladies prises au hasard, neuf *au moins* guérissaient malgré la médecine et les médecins. C'est encore un peu mon avis.....

» Et vous voulez établir l'unité dans les doctrines médicales! Mettez à part les homœopathes, et trouvez-moi dans toute la Faculté deux hommes qui soient complétement d'accord sur une question de doctrine ou de thérapeutique. Vous parlez d'un tribunal médical! regardez donc les discussions de l'Académie de médecine, et dites-moi quelles convictions elles ont produites.

(1) L'auteur de cette lettre, et tous mes lecteurs indistinctement voudront bien ne pas oublier que, si mes expressions sont blessantes pour les homœopathes en tant que *homœopathes*, je déclare que mon intention la plus formelle a été de les respecter sous tous les autres rapports.

» Néanmoins tout n'est pas désespéré, et je commence à *croire* que l'unité que vous cherchez ne se trouvera que dans la médication que vous repoussez. Mais, pour arriver là, il ne faut pas se contenter de répéter sans contrôle des accusations ou des imputations qui peuvent être imméritées ; il faut expérimenter et le faire sérieusement et consciencieusement, et tout cela, bien entendu, pour rendre hommage à la vérité, et pas du tout dans l'espoir d'une conversion (1). »

Par quelles réponses victorieuses fera-t-on justice de quelques-unes des objections précédentes, dont on ne saurait méconnaître l'importance? Certes, ce n'est pas moi qui puis revendiquer l'insigne honneur de répondre au nom de la médecine, ou, pour parler plus exactement, des médecines régnantes, des médecines les plus généralement adoptées.

Mais au nom de celle que j'enseigne, que je professe, que je pratique dans un service clinique, depuis déjà vingt-cinq ans passés, je répondrai : Oui, dans l'immense majorité des maladies les plus ordinaires, nous sommes arrivés à la *conviction*, à l'*unité*. Nous y sommes arrivés par la voie de la *démonstration*, et nous sommes parvenus à la *démonstration* par l'observation, l'expérience et la logique *exactes*. Je dis *exactes*, parce que, en effet, l'exactitude est pour ainsi dire le sacrement, le baptême sans lequel nulle doctrine médicale

(1) L'auteur, dont, à mon avis, on ne saurait contester la naïve bonne foi, mais dont la croyance homœopathique s'est montrée trop peu exigeante, a bien raison de désespérer de ma conversion. Mais il s'est évidemment trompé d'adresse en m'envoyant sa lettre. Ce n'est pas moi qui suis à la recherche de l'unité et de la conviction en médecine. Si l'auteur de la lettre connaissait mon enseignement clinique, et s'il s'était donné la peine de lire ma *Nosographie*, il se serait épargné des objections dont personne plus que moi ne reconnaît la valeur, mais qui, de bonne foi, auraient été plus légitimement adressées à d'autres qu'à moi. Cette remarque faite, l'auteur de la lettre va voir que, loin de repousser des expériences *sérieuses* et *consciencieuses*, je propose de soumettre les pratiques homœopathiques à cette épreuve, la pierre de touche par excellence en pareille matière, et que je prends l'engagement formel de démontrer la fausseté et l'inanité des doctrines et des pratiques dites homœopathiques.

ne saurait être universellement adoptée : l'exactitude, en matière de sciences, est la condition essentielle de l'*unité*.

Arrivons maintenant à ce qu'on peut appeler le grand moyen par lequel on pourrait, en dernier ressort, juger la question homœopathique. Je sais d'avance toutes les difficultés de son application, et je n'ignore pas non plus qu'il aurait eu plus de chances d'être adopté, si l'on m'eût laissé le choix des personnes les mieux placées, les plus autorisées pour en faire la proposition.

Non, certes, ce n'est pas chose facile que de lutter contre une secte médicale, qui, depuis longues années déjà, met en pratique sa méthode, et se trouve aujourd'hui sous l'égide de puissants protecteurs, qu'assurément je n'ai pas l'intention de mettre en cause. Combien ne sont pas nombreux de nos jours ceux dont la *superstition homœopathique* a malheureusement fait la conquête (1)!

Cela posé, qu'il me soit permis de m'adresser en ce moment, d'une manière plus spéciale, à l'un des membres les plus éminents de cette Académie, lequel tient dans ses mains les rênes d'une grande administration, d'une administration dont il suffit de prononcer le nom (administration de l'assistance publique) pour en faire comprendre l'importance, pour ne pas dire la sainteté. Je voudrais (et je suis bien persuadé que je ne suis pas le seul à former un tel vœu), je voudrais donc que M. le directeur de l'assistance publique, occupant une position encore plus élevée, réunît en lui seul les pouvoirs des divers ministres dont relèvent nos affaires médicales.

(1) Qui oserait assurer que, parmi les *sujets* de l'homœopathie, ne se trouvent un certain nombre de personnages les plus élevés dans tous les ordres de la société, à côté des plus humbles mortels?

..... Æquo pulsat pede pauperum tabernas
Regumque turres.

Le pauvre en sa cabane, où le chaume le couvre,
Est sujet à ses lois;
Et la garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend pas nos rois.

J'oserais alors, avec sa permission, le prier de prêter une oreille bienveillante aux paroles suivantes que je lui adresserais :

« Si les épreuves déjà tentées ne paraissent pas suffisantes pour démontrer toute l'impuissance, toute l'*inanité* des doctrines et des pratiques homœopathiques, il faut en faire de nouvelles qui, sous tous les rapports, ne laissent rien à désirer, ne laissent prise à aucun doute. Qu'il soit donc *institué un tribunal clinique*, investi de toute l'autorité convenable, composé des médecins les plus compétents, les plus dignes d'une mission si haute et si sainte. Je dis si haute et si sainte, car il ne s'agit pas seulement ici de la dignité de la médecine, ce qui est néanmoins quelque chose de sérieux, mais du salut de tant de milliers d'hommes malades. Que toutes les opérations de ce tribunal soient environnées de la publicité, de l'authenticité les plus éclatantes, condition si nécessaire quand il s'agit d'une pareille enquête. Dans des salles de malades convenablement disposées, les expériences porteront à la fois et sur le diagnostic et sur le traitement des maladies.

» Si les homœopathes acceptent, comme ils le doivent, cette redoutable épreuve, cette sorte de *jugement dernier*, il ne faudra pas prolonger *indéfiniment* une épreuve aussi décisive, pour démontrer et faire briller dans tout son jour ce qui a été articulé plus haut sur l'impuissance radicale, absolue, de l'homœopathie (1).

(1) C'est ici le lieu de rappeler des essais déjà tentés et qui ont abouti au résultat que nous signalons. Mais jamais on n'a procédé à l'examen avec toute l'*authenticité*, toute la *solennité* dont il s'agit en ce moment. Or, en aucun cas, et particulièrement dans le cas actuel, *il ne faut faire les choses à demi*.

Parmi les essais précédents, on ne doit pas oublier ceux qui eurent lieu à Marseille à l'occasion du choléra. M. le docteur J. Roux (de Brignoles) a bien voulu me les rappeler dans une lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire, et dans laquelle il exprime le vœu que mes paroles soient prises en considération. « *Dans l'épreuve officielle* que signale M. le docteur J. Roux (de Brignoles), *les homœopathes*, dit-il, *éprouvèrent une déroute complète*. »

» Il ne manquera pas de médecins plus dignes que moi de soutenir contre les homœopathes l'épreuve proposée, la seule, on ne saurait trop le répéter, qui puisse être victorieuse, concluante, et contre laquelle il n'y ait plus recours à aucun appel. Mais si, par impossible, il en était autrement, malgré mon âge et mes fatigues qui m'invitent au repos, je me mettrais à la disposition de qui de droit, je me constituerais le *bouc émissaire*, je me *dévouerais*. »

Je crains maintenant une objection. Supposons, dira-t-on, que l'expérience proposée soit accomplie, qu'elle ait réussi, et qu'il soit bien cliniquement démontré que l'homœopathie n'est qu'un vain mot, que l'action *curative* de ses globules est exprimée par zéro.

Que reste-t-il à faire ?

Une telle question n'est point de ma compétence. C'est une grave question de législation et de responsabilité médicales.

V. Je me félicite, au reste, d'une objection qui me permet de terminer assez naturellement la discussion soulevée. Il me semble, en effet, qu'on me crie de toutes parts : Voilà une digression bien longue, beaucoup trop longue. J'ai fini, messieurs, et je reviens au traitement médical et chirurgical du croup, qui en a été l'occasion.

Or, je crois pouvoir affirmer que désormais le traitement chirurgical du croup est à peu près fixé, de sorte qu'il ne saurait être l'objet principal des recherches ultérieures sur le traitement du croup en général. Mais, ainsi que l'a déclaré M. Trousseau lui-même, le traitement chirurgical ne guérit pas le croup : il a pour objet de remédier à un *accident* de cette maladie, accident si souvent mortel, savoir, la suffocation. Reste à découvrir quelque moyen de *guérir vraiment* le croup, c'est-à-dire d'empêcher le développement des phénomènes de suffocation ou d'asphyxie. Tant qu'on n'aura pas trouvé ce moyen, cette *médication* qui permettra de faire baisser le chiffre effrayant de la mortalité, même dans les séries de cas où la trachéotomie a été pratiquée, il restera dans la partie capitale de l'histoire du croup, c'est-à-dire

dans son traitement, une lacune vraiment immense, qu'assurément le tubage du larynx n'est pas capable de remplir. Jusqu'à cette heureuse époque, il est bien permis de craindre que l'homœopathie, tant qu'elle n'aura pas subi l'épreuve dont il a été question tout à l'heure, ne continue à être trop souvent mise en pratique dans une maladie où pourtant il est si évident qu'elle est absolument impuissante (1).

Je n'en salue pas moins une dernière fois, avant de quitter cette tribune, l'opération de la trachéotomie, pratiquée dans les conditions voulues. Je m'empresse de reconnaître de nouveau les services, les bienfaits dont nous lui sommes rede-

(1) Cette *évidence* ne frappe malheureusement que l'esprit *droit* de médecins suffisamment instruits.

Il n'en est pas de même des gens du monde, auxquels il est si facile de se tromper dans les questions de médecine. Une dame, très honorable et très éclairée, m'a raconté tout récemment le fait suivant. Un jeune enfant de sa famille avait été considéré comme atteint du *croup*. Un premier médecin avait porté un pronostic funeste. On en fait venir un autre. Celui-ci annonce que l'enfant ne vivra pas jusqu'au lendemain. Que fait-on alors? On administre un globule homœopathique, et le lendemain l'enfant va très bien... Que signifie pour tout bon médecin un pareil cas? Qu'il ne s'agissait nullement du croup. Mais, pour les gens du monde, il signifie qu'un croup a été guéri par un globule homœopathique.

Mon savant confrère, M. le docteur Cazeaux, m'a rapporté un fait qui mérite de trouver place ici (il est, bien entendu, relatif à l'homœopathie). Un personnage des plus éminents, dont la femme avait M. Cazeaux pour accoucheur, vint faire à notre collègue la singulière confidence que voici. Il avait un homœopathe pour médecin. Il avait fait part à celui-ci de la difficulté avec laquelle sa femme accouchait, et lui exprimait ses craintes en cas où l'enfant se présenterait dans une position peu favorable. Le médecin homœopathe lui avait aussitôt répondu qu'il pouvait bannir toute inquiétude, et qu'*il suffirait, pour changer la position de l'enfant, de faire prendre à sa mère un certain globule homœopathique*. En conséquence, le personnage dont nous parlons venait prier M. Cazeaux de ne pas s'opposer, le cas échéant, à l'emploi du moyen homœopathique.

Croire qu'un globule infinitésimal peut ainsi faire changer la position d'un fœtus!... Qui pourra jamais, en certaines matières, trouver le fond du gouffre de la crédulité humaine?

vables. Honneur à ceux qui l'ont inventée, propagée et même simplement appliquée !

Quant au tubage de la glotte, qui, avant même la connaissance des pièces probantes montrées à l'Académie par M. le professeur Trousseau, avait produit sur notre sens médical un effet analogue à celui que produit une fausse note sur une oreille musicale, je déclare que je voterai contre toute conclusion à lui favorable qui pourrait être mise aux voix.

Je regrette d'avoir à formuler cette déclaration, quand il s'agit d'un moyen proposé par un médecin tel que M. Bouchut. J'ai dit, au début de ce discours, qu'il avait fait une campagne assez malheureuse. Il se pourrait bien, sous un autre rapport, qu'il pût en dire autant de moi. Ce serait là, peut-être, une espèce de consolation pour notre confrère. En nous rencontrant ainsi l'un et l'autre gisants sur le même champ de bataille, nous nous rappellerions ces vers fameux :

.....pariterque jacentes
Ignovêre diis.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Rapport à M. le préfet de la Seine sur le service des enfants assistés en 1857, et prévisions des dépenses pour 1859.

Rapport du directeur de l'administration générale de l'assistance publique à M. le préfet de la Seine sur le service des aliénés du département pour l'année 1857.

Recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies consécutives de la fièvre typhoïde, par M. le docteur E. Leudet.

Étude historique de la médecine et des médecins de Rouen aux XVIIe et XVIIIe siècles, par le même.

Mémoire sur le sarcocèle fongueux syphilitique, par M. J. Rollet.

Études sur les maladies dites *fièvres puerpérales*, par M. le docteur J. Béhier.

Rapport sur une brochure intitulée : *Réponse à la Note scientifique sur la doctrine homœopathique*, par le même auteur.

De la revaccination, par M. J.-F. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée belge.

Bericht über eine puerperal Epidemie mit septischem Character, etc., par M. le docteur Joh. Andreas Disse.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 4.

Bulletin général de thérapeutique, 30 novembre.

La Revue thérapeutique du Midi, 30 décembre.

Journal de chimie médicale. Décembre.

Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, tome V°, 1re livraison.

Montpellier médical. Décembre.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1856-1857, par M. le docteur Eug. Bertin.

Bulletino delle scienze mediche. Novembre.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, 30 novembre.

Le Progrès, n. 49.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 23.

De l'opération césarienne et du sacrifice de l'enfant, par M. le docteur Dambre (de Courtray).

Sull' uropoesi dottrine della senola medica de Bologna.

Des honoraires du médecin, par M. le docteur Dambre.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 49.

L'Abeille médicale, n. 49.

Gazette médicale d'Orient, n. 8.

Revue étrangère médico-chirurgicale, n. 52.

Gazette médicale de Paris, n. 49.

La France médicale et pharmaceutique, n. 49.

L'Union médicale, n. 143 à 145.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 142 à 144.

Gazette des hôpitaux, n. 141 à 143.

Tables de mortalité de la ville de Londres, n. 42, 43, 45 et 47.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 22.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

M. Devergie, secrétaire annuel, fait une lecture *sur la folie transitoire homicide.*

Ce mémoire sera imprimé dans le XXIIIe volume des *Mémoires de l'Académie.*

—

PRIX DE 1858.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

La question déjà proposée pour 1856 avait été remise au concours pour 1858; elle était conçue en ces termes :

« Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Un seul mémoire a été envoyé à l'Académie, et n'a paru digne d'aucune récompense; en conséquence l'Académie ne décerne point de prix, et décide que la question ne sera pas remise au concours.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

La question proposée par l'Académie était celle-ci :

« De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. »

Ce prix était de la valeur de 600 francs.

Trois mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Louis BAUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire n° 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur L.-E. PARMENTIER, ancien interne des hôpitaux, auteur du mémoire n° 2.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

L'Académie avait proposé pour question :

« De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Dix mémoires ont été remis à l'Académie.

Aucun d'eux n'ayant été jugé digne de récompense,

L'Académie ne décerne point de prix, et arrête que la question ne sera pas mise de nouveau au concours.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

L'Académie avait proposé pour la seconde fois la question suivante :

« Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite ; » mais elle recommandait aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite.

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Un seul mémoire, jugé insuffisant, a été envoyé pour ce concours.

L'Académie décide qu'il n'y a pas lieu à accorder ce prix, et que la question ne sera plus proposée.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD.

Ce prix, qui est triennal, devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix était de la valeur de 3,000 francs.

Quatorze ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne), pour son *Traité de l'électrisation localisée*, inscrit sous le n° 13.

Elle accorde une somme de 500 fr. prélevée sur la valeur du prix, à titre d'encouragement, à M. le docteur FOUCART, pour son *Traité de la suette miliaire*, inscrit sous le n° 7.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (*Extrait du testament.*)

Des *encouragements* pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Six ouvrages ou mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie accorde : 1° une somme de 1,500 fr., à titre d'encouragement, à M. le docteur BOINET, pour son *Traité de l'iodothérapie*, inscrit sous le n° 1 ; 2° une mention honorable à M. le docteur A. LIÉGARD (de Caen), pour son travail intitulé : *Quelques sujets de médecine et de chirurgie pratiques*, inscrit sous le n° 3.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL.

Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, pendant la période de 1850 à 1856, ou, subsidiairement, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix était de la valeur de 12,000 fr.

Vingt-cinq mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Aucun des perfectionnements indiqués n'a été jugé digne du prix, mais dans cette circonstance, l'Académie considérant que par ses libéralités M. le marquis d'Argenteuil a eu surtout en vue d'appeler et de soutenir l'attention des chirurgiens par la perspective de récompenses périodiques, croit entrer dans ses intentions en partageant, cette fois, la somme destinée au prix et en accordant :

1° A titre de *récompenses :* 4,000 fr. à M. le docteur Mercier, à Paris ; 3,000 fr. à M. le docteur Gaillard (de Poitiers), et 2,000 fr. à M. le docteur Désormeaux, à Paris.

2° A titre d'*encouragements :* 1,000 fr. à M. Marquez (de Colmar) ; 1,000 fr. à M. le docteur Arnolt (de Londres) ; 1,000 fr. à M. Charrière père, fabricant d'instruments de chirurgie.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE 1856.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1,500 francs partagé entre :

M. Levieux, secrétaire général du Conseil d'hygiène de la Gironde, pour son zèle à répandre la vaccine et pour l'impulsion qu'il a donnée à cette pratique dans son département.

M. Vy (Alfred), médecin à Elbeuf (Seine-Inférieure), pour

ses observations sur la vaccine en général, ses expériences sur les vaches, et pour répondre aux vœux du Comité de Rouen, qui le recommande d'une manière toute spéciale.

M. Millon, médecin à Rével (Tarn), pour ses recherches sur le *cow-pox* et les planches jointes à son mémoire.

2° Des médailles d'or à :

M. Larroque, médecin à Masseube (Gers), pour la relation qu'il a faite d'une épidémie de variole, et pour ses réflexions sur la vaccine.

M. Ricard, médecin à Angoulême (Charente), pour ses travaux sur les moyens de recueillir et de conserver le vaccin.

M. Poulet, médecin à Plancher-les-Mines (Haute-Saône), pour ses travaux de la vaccine en général, et sur les revaccinations en particulier.

M. Laforêt, médecin à Lavit (Tarn-et-Garonne), pour son zèle à défendre la vaccine contre les attaques dont elle est l'objet, et pour ses recherches sur les croûtes vaccinales.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1857 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Crié, médecin des épidémies à Laval (Mayenne). — Compte rendu sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de son arrondissement.

M. Piedvache, médecin des épidémies à Dinan (Côtes-du-Nord). — Mémoire sur la dysentérie épidémique et son traitement.

M. Guipon, médecin des épidémies à Laon (Aisne). — Rapport général sur les maladies qui se sont produites en 1857 dans l'arrondissement de Laon.

M. Émile Bordes, médecin des épidémies à Beauvais (Oise). — Rapport sur une épidémie de variole survenue en 1857 dans la commune du Déluge.

M. Déhée, médecin des épidémies à Arras (Pas-de-Calais). — Rapport d'ensemble sur les épidémies qui ont régné en 1857 dans ce département.

M. Lacaze, médecin des épidémies à Mongeron (Seine-et-Oise). — Mémoire sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune.

2° Des médailles de bronze à :

M. Le Bèle, médecin des épidémies au Mans (Sarthe). — Mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde.

M. Mavel, Compte rendu sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Ambert (Puy-de-Dôme).

M. Fouquet, médecin des épidémies à Vannes (Morbihan). —Mémoire sur l'épidémie de dysentérie qui a régné à Vannes et dans ses environs.

3° Des mentions honorables à :

M. Reignier, médecin des épidémies à Thionville (Moselle).

M. Fourrier, médecin des épidémies à Serronville (Moselle).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1855 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal de Vichy. — Mémoire contenant 1591 observations cliniques recueillies à l'hôpital militaire de 1847 à 1856.

M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bour-

bonne-les-Bains, pour l'excellent rapport médical rédigé d'après ses observations cliniques.

MM. HENRY fils et HUMBERT, inventeurs d'un procédé d'analyse des préparations iodées dont l'application a permis de démontrer l'iode dans les eaux de Vichy, où ce métal n'avait pu, jusqu'à ce jour, être constaté.

M. CHARMASSON DE PUY-LAVAL, inspecteur adjoint des eaux de Saint-Sauveur, pour son excellent travail intitulé : *Mémoire sur les eaux de Saint-Sauveur.*

M. REGNAULT, inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, pour la manière toute spéciale avec laquelle il détermine, dans son rapport, les cas où l'emploi de ces eaux est encore avantageux, malgré la complication d'une phthisie commençante.

M. SALES-GIRONS, inspecteur de Pierrefonds, pour ses recherches persévérantes sur l'emploi et l'action des eaux minérales rendues respirables par leur état de division extrême.

M. WILLEMIN, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, pour son travail sur l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus.

2° Des médailles de bronze à :

M. ARRAT-BALOUS, inspecteur à Saint-Loubouer et d'Esperons, pour ses observations sur la *pellagre* et sur l'influence exercée dans la production de cette maladie par l'usage du maïs comme aliment.

M. AUPHAN, inspecteur d'Euzet, pour son travail intitulé : *Des eaux minérales froides sulfureuses, bitumineuses, à base de chaux et de magnésie, d'Euzet-les-Bains.*

M. RÉROLLE, inspecteur adjoint à Bourbon-Lancy, pour ses notes sur 252 malades, et pour son *Mémoire sur le rhumatisme viscéral.*

M. MILLET (Xavier), inspecteur à Montmirail (Vaucluse), pour le soin avec lequel est établi le rapport de ce médecin, et pour son tableau récapitulatif comprenant 648 cas.

3° Des mentions honorables à :

MM. Blouquier, inspecteur à Fonsanche;
Jaubert, inspecteur à Gréoulx;
Lafon, inspecteur à Trébas;
Mattet, inspecteur à Castera-Verduzan;
Silve, inspecteur à Digne,

pour le soin remarquable apporté par ces médecins à la rédaction de leurs rapports.

M. le Président lit le programme suivant des prix proposés pour 1859 et 1860.

—

PRIX PROPOSÉS POUR 1859.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. »

En formulant cette question, l'Académie s'est proposé d'appeler l'attention des concurrents : 1° *Sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles, etc., etc.; 2° *Sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc., etc.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire : étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distin-

guer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

(Voir plus haut les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 2,500 francs.

PRIX DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT.

Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément, sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1860.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peuvent entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme ; quels sont les moyens de remédier à ces accidents ? »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

« Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et applications pratiques qui en découlent ; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

« Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. »

A l'article du diagnostic, les concurrents devront insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

1° *Question relative à l'art des accouchements.*

« Des paralysies puerpérales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales.*

« Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

(Voir plus haut, page 273, les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

« Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. »

L'Académie, en limitant ainsi la question, désire que les concurrents l'envisagent uniquement au point de vue médical et s'appuient sur des observations cliniques.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. ORFILA.

Ce prix, qui ne pourra jamais être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale.

L'Académie propose la question suivante :

Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique.

L'Académie désire que les concurrents étudient autant que possible : 1° les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire : l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur les qualités des champignons comestibles.

2° La possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'il a subie.

3° L'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer.

4° Les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie dans les cas d'empoisonnement.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

—

Les mémoires pour les prix à décerner en 1859 devront

être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat sont seuls exceptés de ces dispositions.

—

La parole est donnée à M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, qui prononce l'éloge de M. Guéneau de Mussy.

Cet éloge est réservé pour être publié dans le XXIIIe volume des *Mémoires de l'Académie*.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. La recette d'un mode de traitement des douleurs rhumatismales. — La recette et l'échantillon d'une pommade contre les plaies, blessures, etc. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

II. Un rapport de M. le docteur YVONNEAU, sur une épidémie de dysentérie qui a régné à Saint-Dié. — Un rapport de M. le docteur LEMAIRE, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Saint-Laurent. — Le rapport final de M. le docteur CAUSARD, sur une épidémie de variole qui a régné à Grancey-sur-Ource. — Le rapport de M. le docteur ANTELLET, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans la commune de Brun. — Le rapport de M. le docteur PLISSARD, sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans la commune de Frasnay. (*Commission des épidémies.*)

III. Le mémoire explicatif d'un appareil auquel l'auteur attribue la propriété de ménager les organes de la respiration. (*Commissaire :* M. Gavarret.)

IV. Une note de M. le docteur BUISSON, sur le traitement de la fièvre puerpérale. (*Commission nommée :* M. Guérard, *rapporteur.*)

V. Une caisse d'échantillons d'eau minérale puisée à une source située dans la commune de Sault (Vaucluse), pour être analysée dans le laboratoire de l'Académie. — Un rap-

port de M. le docteur NIEPCE, sur le service médical des eaux minérales d'Allevard (Isère) pendant l'année 1856. — Le rapport de M. le docteur CAZAINTRE, sur le service médical des eaux de Rennes (Aude) pour l'année 1856. — Le rapport de M. le docteur CABROL, médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne-les-Bains, sur le service médical dans cet établissement pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

VI. Une lettre de réclamation de M. STURNE, médecin à Blaudecques (Pas-de-Calais), au sujet d'une communication faite par M. Velpeau à l'Académie des sciences. (Cette lettre a évidemment été adressée par erreur à l'Académie de médecine. Renvoi en sera fait à M. le ministre.)

VII. Tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme en 1857. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. MM. ARNOLT, HENRY fils et HUMBERT, MARQUEZ, WILLEMIN et REGNAULT, adressent leurs remercîments à l'Académie pour les récompenses, médailles, etc., etc., qu'elle a décernées à leurs travaux.

II. M. le docteur BERTHERAND, directeur de l'École de médecine à Alger, adresse à l'Académie, avec l'exposé de ses titres à la place de correspondant, un travail dans lequel il résume ses observations particulières sur les sources thermo-minérales d'Hamman-Melouane (Algérie), au sujet desquelles l'Académie est appelée à donner son avis à Mgr le prince ministre de l'Algérie et des colonies. (La première de ces communications est renvoyée à la *Commission des correspondants nationaux*, la seconde à la *Commission des eaux minérales.*)

III. M. le docteur WILLEMIN adresse à l'Académie un numéro du journal la *Revue d'hydrologie médicale*, contenant le résultat de ses recherches sur l'inhalation du gaz acide carbonique. (*Commission des eaux minérales.*)

IV. M. J. Mascarel adresse à l'Académie deux exemplaires d'un ouvrage qu'il vient de publier, et se porte candidat à la place de correspondant. (*Renvoi à la Commission.*)

V. M. J. Lecoq, chirurgien major au 1er régiment d'infanterie de marine, soumet à la compagnie une note relative aux vaccinations qu'il a pratiquées sur les militaires dudit régiment. (*Commission de vaccine.*)

VI. M. Delfraysse adresse à l'Académie quelques propositions relatives à un mode de traitement du croup.

VII. M. le Président de la Commission syndicale de la vallée de Cauterets écrit à l'Académie au sujet de la demande d'exploitation d'une nouvelle source faite par M. Larramiau. (Renvoi à la *Commission des eaux minérales.*)

VIII. Du coton comme hémostatique infaillible dans les hémorrhagies par piqûres de sangsues, par M. le docteur Jacquez. (*Commissaire :* M. Blache.)

IX. Notice sur les rétrécissements du vagin consécutifs à l'emploi du fer rouge dans les maladies utérines, par M. le docteur Anselmier. (*Commissaires :* MM. Danyau et Robert.)

X. M. le docteur Mattei demande à être autorisé à prendre copie dans les bureaux d'un travail qu'il a envoyé en d'autres temps pour le concours au prix Capuron.

—

ÉLECTIONS.

L'Académie procède au scrutin pour le renouvellement de son bureau et de trois membres de son conseil.

Election d'un Président.

Votants, 57. — Majorité, 29.

MM. Cruveilhier obtient 55 voix.
Falret. 1
Billet blanc. . . 1

En conséquence, M. Cruveilhier est proclamé Président de l'Académie pour 1859.

Élection d'un Vice-Président.

Votants, 54. — Majorité, 28.

MM. Cloquet obtient. . 50 voix.
Larrey 1
Trousseau 1
Cruveilhier 1
Depaul 1

En conséquence, M. Cloquet est proclamé Vice-Président de l'Académie pour 1859.

Élection d'un Secrétaire annuel.

Votants, 45. — Majorité, 23.

MM. Devergie obtient. 39 voix.
Wurtz. 1
Piorry 1
Hervez de Chégoin 1
Depaul 1
Billets blancs. 2

En conséquence, M. Devergie est proclamé Secrétaire de l'Académie pour 1859.

Élection d'un premier membre du conseil.

Votants, 43. — Majorité, 22.

MM. Cloquet obtient . . 39 voix.
Jolly. 2
Gavarret. 1
Billet blanc. . . 1

En conséquence, M. Cloquet est proclamé membre du conseil de l'Académie pour 1859.

Élection d'un deuxième membre du conseil.

Votants, 43. — Majorité, 22.

MM. Jolly obtient. . . . 37 voix.
Hervez de Chégoin. 2
Chevallier. 2
Chatin. 1
Billet blanc. . . 1

En conséquence, M. Jolly est proclamé membre du conseil de l'Académie pour 1859.

Élection d'un troisième membre du conseil.

Votants, 41. — Majorité, 21.

MM. Hervez de Chégoin obtient 31 voix.
Chatin. 3
Chevallier. 2
Billet blanc. 1

En conséquence, M. Hervez de Chégoin est proclamé membre du conseil de l'Académie pour 1859.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Rapport sur un Mémoire intitulé : Recherches sur le développement des dents et des mâchoires, par le professeur Natalis Guillot, par une commission composée de MM. Flourens, Coste et J. Cloquet, rapporteur.

Joseph Dombey, naturaliste, par M. Cap.

Discours prononcé aux funérailles de M. le professeur Bérard, par M. le docteur Paul Ménière.

Éloge historique de J.-B. Achard-Lavort, par M. le professeur Imbert Gourbeyre.

Études sur les eaux minérales de l'Algérie, par M. le docteur A. Bertherand.

Mémoire sur le diagnostic différentiel et le traitement des ulcérations du col de la matrice, par M. le docteur Jules Mascarel.

Des fongosités utérines, par M. le docteur Hédouin.

Des maladies du caractère. Hygiène morale et philosophique, par M. Eug. Bourdet.

Seconda appendice alle considerazioni sul colera asiatico, etc., del professor Piétro Betti, 2 vol.

Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. V, 2e livraison.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n° 5.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, 20 décembre.

Bulletin général de thérapeutique. 15 décembre.

Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure.

Recueil de médecine vétérinaire. Novembre.

L'Abeille médicale d'Athènes.

La Revue thérapeutique du Midi.

Journal des vétérinaires du Midi. Novembre.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques.

Revue thérapeutique médico-chirurgicale.

Le Progrès, n. 50 et 51.

L'Abeille médicale, n. 50 et 51.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 50 et 51.

La France médicale et pharmaceutique, n. 50 et 51.

Revue étrangère médico-chirurgicale, n. 53.

Gazette médicale de Paris, n. 50 et 51.

Gazette des hôpitaux, n. 144 à 149.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 145 à 150.

L'Union médicale, n. 146 à 151.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 23 et 24.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1858.

—

PRÉSIDENCE DE M. LAUGIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un Mémoire de M. SAUZÈDE, sur le traitement du choléra asiatique par le sulfate de magnésie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

II. Le complément des Mémoires présentés par M. le docteur JOBERT, sur le traitement de la diphthérie croupale. — Le rapport final de M. le docteur BERNIER, sur des épidémies de variole et d'angine. — Un rapport de M. le docteur LEMAIRE, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Colmery. — Un rapport de M. le docteur BERNIER, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Romorantin. (*Commission des épidémies.*)

III. Une lettre de rappel de rapport au sujet de l'oreiller dit *hygiénique*, présenté par le sieur AUBERT. (*Commissaires :* MM. Michel Lévy et Poiseuille, rapporteur.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. MM. les docteurs AFFRE, LEVIEUX, PIEDVACHE, CHARMASSON DE PUYLAVAL et CABROL, adressent leurs remercîments à l'Académie de médecine, pour les récompenses qui ont été accordées à leurs travaux sur la vaccine, les épidémies et les eaux minérales.

II. Rapport à l'Académie de médecine sur une première année passée à Saint-Nectaire, par M. le docteur BASSET, médecin inspecteur. (*Commission des eaux minérales.*)

III. M. le docteur CAMILLE BERNARD adresse à l'Académie l'exposé de ses titres à la place de correspondant. (*Commission des correspondants nationaux.*)

IV. M. le docteur LERICHE soumet à l'Académie une Note sur un nouveau mode de traitement du croup. (*Commission nommée :* M. Trousseau, rapporteur.)

V. M. le docteur JULES MASCAREL renouvelle sa demande de candidature à la place de correspondant, et adresse en même temps à l'Académie un ouvrage intitulé : *Mémoire sur les ulcérations du col de l'utérus.*

—

LECTURES.

M. le docteur GARNIER est admis à donner lecture d'une Note additionnelle *Sur l'influence de l'air marin dans la phthisie pulmonaire.* (*Commissaires :* MM. Beau, Guérard et Blache.)

—

RAPPORTS.

Deux faits relatifs tout à la fois à la transmission et à la production spontanée du muguet, par M. SIRUS-PIRONDI. — (*Rapport* de MM. Beau, Blache et Chatin, *rapporteur.*)

L'Académie nous ayant fait l'honneur de nous renvoyer le Mémoire présenté en séance du 13 juillet 1858, par M. le docteur Sirus-Pirondi, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et professeur à l'École de médecine de Marseille, nous venons lui rendre compte du mandat qu'elle nous a confié.

Comme l'indique le titre choisi par M. Sirus-Pirondi, le Mémoire de celui-ci repose seulement sur deux observations, mais sur deux observations intéressantes et bien faites, que nous devons à l'Académie et à l'auteur d'analyser.

Première observation. — Le 12 juin 1857, madame de M..., jeune primipare d'une bonne constitution, accouche à terme d'un enfant mâle étant, lui aussi, bien constitué.

L'habitation de madame de M.... est dans une belle exposition, bien aérée (nord et sud), spacieuse, confortable.

Les suites de couches sont heureuses; mais la sécrétion du lait s'établit difficilement; la glande mammaire est petite, le bout du sein court et plat, les vaisseaux lactifères peu développés. Cependant la jeune mère insiste pour allaiter son enfant, qui évidemment se nourrit mal. On suppose que ce dernier a le filet; mais le muscle génio-glosse et son repli muqueux ne dépassent pas les limites voulues, et, à l'aide d'un doigt placé dans la bouche, on constate facilement que la succion s'opère avec vigueur. L'enfant crie, dort peu ou trop, urine rarement et en petite quantité. La langue devient rouge, sèche vers la pointe et sur les bords; les lèvres et les autres parties recouvertes par la muqueuse buccale sont également sèches, un peu lisses et luisantes.

La succion devient de plus en plus difficile et douloureuse; enfin quelques *points blancs*, encore disséminés, annoncent l'invasion du *muguet*.

Le 18 juin, les seins de madame de M... étant déjà rouges et fendillés, celle-ci consent à ce que son enfant reçoive un *demi-lait* d'une excellente nourrice dont le propre enfant, parfaite image de la santé, n'offre absolument rien qu'on puisse compter parmi les prodromes d'une stomatite quelconque.

Le 20, le muguet est devenu confluent et s'accompagne de quelques symptômes intestinaux.

D'un autre côté, l'enfant de la nourrice est inquiet; sa langue est sèche, rouge, brûlante; la nourrice se plaint, à son tour, de douleurs vives aux mamelons, plus particulièrement du côté droit, auquel elle présente de préférence le nouveau-né. Chez elle aussi les mamelons sont rouges et fendillés comme ceux de la nouvelle accouchée. L'allaitement devient de plus en plus douloureux, et madame de M... prend enfin cette double résolution de renoncer à tout allaitement et de changer la nourrice, sur l'enfant de laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

La nourrice nouvelle, ou n° 2, prend ses fonctions le

25 juin ; son lait est de six semaines, sa santé parfaite ainsi que celle de son enfant.

M. Sirus-Pirondi conseille itérativement d'éloigner ce dernier ; mais, sous divers prétextes, la mère le garde deux jours, pendant lesquels elle ne craint pas de l'allaiter alternativement avec le nouveau-né, prenant seulement la précaution de laver ses seins avec de l'eau sucrée.

Éloigné le 27 juin, le pauvre enfant de la nourrice n° 2 est bientôt atteint par un muguet très confluent, et il succombe au bout de dix-huit jours.

Quelle part ont eue, dans la maladie qui a emporté le petit malade, la suppression de l'allaitement maternel et les conditions (peut-être très mauvaises, ou au moins sans doute fort peu confortables) dans lesquelles a été placé celui-ci? Quels ont été les troubles du tube digestif? M. Sirus-Pirondi ne s'explique pas à cet égard ; ce que nous comprenons jusqu'à un certain point, l'auteur s'attachant moins à apprécier la gravité elle-même du muguet que sa transmission. Cependant, tout en admettant, avec M. Sirus-Pirondi, que le mal a été communiqué par l'enfant déjà contaminé de madame de M..., nous devons faire la remarque que le fait de l'existence du muguet, même disséminé et rudimentaire, n'a pas été constaté (du moins M. Sirus-Pirondi se tait-il à cet égard) antérieurement à l'éloignement de l'enfant. C'est ici que la pratique de M. Gubler d'examiner au microscope les mucosités de la bouche, eût sans doute fait découvrir des sporules, ou même quelques linéaments de l'*Oidium albicans*, Ch. R.

Quant à l'enfant de la nourrice n° 1, le muguet a conservé chez lui le caractère discret ; et après un mois et demi, pendant lesquels les plaques blanches se sont renouvelées trois fois, le retour à la santé était complet.

Reste le nouveau-né de madame de M.... Ce pauvre enfant succombe le 3 juillet, au milieu de souffrances trahies par d'incessantes plaintes. Le muguet, qui s'était détaché du 28 au 29 juin, avait vite répullulé sur une muqueuse saignante.

L'observation importante que nous venons de faire connaître se résume ainsi :

a. Insuffisance de l'allaitement ou de l'alimentation chez un nouveau-né;

b. Prodromes du muguet, et apparition de l'*Oidium albicans*, champignon caractéristique;

c. Appel d'une nourrice pour suppléer à l'insuffisance du lait de la mère;

d. Apparition du muguet chez l'enfant de la nourrice, dont le sein participe à l'état morbide de celui de l'accouchée;

e. Appel d'une seconde nourrice et transmission du muguet à un troisième enfant.

Deuxième observation.— Le 3 novembre 1857, madame P..., habitant, elle aussi, une spacieuse maison dans l'un des beaux quartiers de Marseille (rue Marengo), accouche, après sept mois seulement de gestation, d'une petite fille très grêle.

Notons en passant que madame P... était atteinte d'une hépatite chronique avec suffusion séreuse dans le péritoine; qu'elle était arrivée à la veille de son accouchement sans que les divers médecins appelés à lui donner des soins eussent reconnu une grossesse que M. Sirus-Pirondi affirma dès une première et minutieuse auscultation; qu'enfin l'épanchement séreux et un peu d'ictère (remontant à deux mois) disparurent immédiatement après les couches.

Une belle nourrice, ayant un lait de six semaines et un nourrisson très bien portant à tous égards, est donnée à la chétive petite fille de madame P... Cette nourrice, ayant beaucoup de lait, obtient la permission de donner pendant quelques jours le sein à son propre enfant.

Tout va bien d'abord; mais du 10 au 11 novembre, après deux jours d'inquiétude et de pleurs, la petite fille présente, autour de la langue et à la voûte palatine, *quelques points blancs* disséminés sur une muqueuse rouge, luisante, chaude et sèche; la déglutition devient difficile.

Bien que l'enfant de la nourrice n'offre encore aucun symptôme morbide, M. Sirus-Pirondi conseille de l'éloigner; mais la mère s'y refuse, et se contente de laver soigneusement les mamelons chaque fois que la petite fille a teté. Celle-ci suc-

combe le 25 novembre, après plusieurs heures de coma, le muguet ne l'ayant pas quittée.

Quant à l'enfant de la nourrice, la précaution de laver les seins ne le préserve pas. A son tour il est atteint par le muguet, qui enfin l'abandonne, non toutefois sans s'être transmis, comme on va le voir, à un troisième enfant.

Le 4 décembre, M. Sirus-Pirondi reçoit la visite de la nourrice, qui lui annonce avoir envoyé son propre enfant à la montagne, et s'être *placée* elle-même pour allaiter un enfant de quatre mois. L'objet de sa démarche est de réclamer des soins *cachés* (et *refusés*) pour son nourrisson, dont la bouche est déjà envahie par l'*Oidium albicans*. L'examen attentif du sein de la nourrice établit d'ailleurs que les mamelons sont rouges, luisants, fendillés, et à la loupe on aperçoit, logés en haut et en dedans, de tout petits *points blancs* formés par le champignon du muguet (1).

En négligeant ce qui ne se rapporte pas à l'objet spécial du Mémoire, on voit que la seconde observation de M. Sirus-Pirondi se résume ainsi :

a. Enfant née avant terme, et atteinte du muguet au bout de quelques jours ;

b. Transmission du muguet à l'enfant de la nourrice ;

c. Existence du champignon du muguet dans les fissures du sein de la nourrice, et transmission de celui-ci à un troisième enfant.

Des faits qu'il a si bien observés, M. Sirus-Pirondi passe aux déductions.

Sous quelles influences le muguet s'est-il primitivement montré ? On ne peut le rapporter aux nourrices, qui d'abord n'en offraient aucune trace ; aux conditions extérieures d'habitat, d'aération, de propreté, lesquelles ne laissaient rien à désirer. Il en est autrement de l'*alimentation insuffisante*. On voit en effet, dans la première observation, un enfant qui se fatigue en stériles efforts de succion ; dans la seconde, une

(1) M. Blache a plusieurs fois observé le *muguet du sein* dans sa pratique médicale.

mère affaiblie par d'actives médications donnant le jour, avant terme, à un enfant débile, dont le tube digestif assimile mal le lait ingéré.

Dans un cas, l'aliment manque; dans l'autre, le laboratoire fonctionne mal. Les résultats communs sont le *défaut de nutrition* et le développement du muguet.

Quoi qu'il en soit de la question étiologique, le fait de la *transmission* est, ajoute M. Sirus-Pirondi, incontestable. Ainsi, dans l'observation première, apparition du muguet d'abord chez le nouveau-né, puis transmission à l'enfant de la nourrice n° 1, et à celui de la nourrice n° 2; dans l'observation deuxième, même point de départ, même transmission du muguet aux deux enfants qu'allaite successivement la nourrice.

A l'objection que le muguet régnait peut-être épidémiquement aux époques mentionnées dans ses observations, M. Sirus-Pirondi répond par la statistique. Il n'a pu, en effet, relever un seul cas de muguet sur 56 accouchements compris entre les mois de juin et de novembre 1857.

Comment s'est opérée la transmission?

Le mamelon a-t-il simplement servi de *substratum* au germe inoculable déposé à sa surface par le premier enfant malade, puis repris par le second, etc.? Ou le germe déposé par le premier enfant a-t-il contaminé le sein dont la maladie se serait transmise ensuite au second enfant? Cette dernière hypothèse est appuyée par la présence de taches d'*Oidium albicans* dans les fissures du sein de la nourrice de la deuxième observation, et M. Sirus-Pirondi la regarde comme étant des deux la plus probable. Il nous paraît, toutefois, que le premier mode de transmission est possible.

En somme, les observations de M. Sirus-Pirondi ont paru aux commissaires de l'Académie avoir été recueillies avec soin et ajouter des faits importants à ceux de même ordre, précédemment observés par MM. Trousseau, Blache, Gubler, etc.

L'auteur montre d'ailleurs de bonnes tendances en cherchant à transporter ses remarques dans le domaine d'autres maladies. « En effet, dit-il en terminant, de ce qu'une maladie est reconnue transmissible, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse

se produire de toutes pièces et spontanément chez un individu qui offrira les conditions nécessaires, si d'ailleurs ces conditions se trouvent favorisées par d'autres circonstances d'humidité, de température, etc. Et de même, de ce qu'une maladie peut se produire spontanément chez un individu disposé *ad hoc*, il n'en résulte pas que cette maladie ne puisse ensuite être transmise par l'individu malade à des individus sains, si des circonstances d'organisation et climatériques favorisent cette transmission. »

Nous ne terminerons pas sans exprimer une pensée qui s'est présentée à nous à la lecture du Mémoire de M. Sirus-Pirondi. C'est que ce travail, déjà fort digne d'intérêt, eût gagné sur quelques points à tenir compte des observations récentes de M. Gubler sur le muguet (1), observations que M. Sirus-Pirondi connaît sans doute, comme il connaît les travaux, qu'il cite, de MM. Trousseau, Robin, Gruby, etc. Tout porte en particulier à penser qu'il eût rencontré de l'*acidité buccale* comme phénomène initial chez les deux enfants atteints d'une affection du tube digestif, compliquée plus tard par l'apparition de l'*Oidium albicans*, et il eût été intéressant de voir se développer consécutivement cette même acidité chez les enfants sains d'abord et infectés accidentellement par le parasite, production sur la nature de laquelle M. Sirus-Pirondi paraît être encore peu fixé, si l'on en juge par les mots « *exsudations blanches*, » par lesquels il la désigne le plus souvent. L'influence des solutions sucrées sur le développement de l'*Oidium albicans*, bien mise en lumière par M. Gubler, eût d'ailleurs montré que la précaution prise par la nourrice n° 2 de la première observation, de se laver le sein avec de l'*eau sucrée* quand elle avait allaité l'enfant de madame de M..., devait favoriser plutôt qu'entraver le développement de la mucédinée du muguet.

Nous nous empressons de reconnaître, sous la réserve de ces considérations qui ne touchent pas d'ailleurs au fond même du sujet, que le travail dont nous venons de rendre compte

(1) *Études sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet* (*Mém. de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 413).

est digne d'intérêt et d'encouragements. Nous proposons en conséquence à l'Académie, qui comptera sans doute un jour en M. Sirus-Pirondi un correspondant instruit, actif et sagace, d'offrir à ce savant médecin ses remercîments, de l'engager à poursuivre ses recherches et donner à son Mémoire une honorable place dans ses archives.

—M. Bouillaud : M. Chatin me permettra de lui demander une explication sur un passage de son rapport que je n'ai pas bien compris : l'oïdium est-il antérieur à l'exsudation du muguet? lui est-il postérieur? Des deux, quel est le fait primitif?

— M. Chatin : L'oïdium, dans mon opinion, c'est le muguet, et il est tout aussi évident pour moi que le muguet peut se développer spontanément. Comment se fait ce développement? Est-ce par une génération spontanée? Je n'entreprendrai pas de discuter ces questions, qui ne touchent pas à celles que j'ai dû soulever à l'occasion du travail de M. Sirus-Pirondi. Je dirai seulement que très probablement les germes de l'oïdium sont disséminés dans l'atmosphère, et qu'ils se développent quand leur germination est favorisée par certaines conditions, telles que l'acidité buccale.

— M. Bouillaud : La question que je viens de soulever est d'une importance extrême ; elle revient en effet à se demander si le champignon du muguet est la cause de l'exsudation ou si elle en est l'effet.

— M. Velpeau : Je crois que cette question est d'autant plus importante, que l'on tend aujourd'hui à généraliser singulièrement le rôle des parasites végétaux comme cause de maladies. C'est ainsi que M. Jodin attribue l'angine couenneuse et le croup à un champignon. Je demanderai à M. Chatin ce qu'il pense de cette opinion.

— M. Depaul : M. Chatin fait, ce me semble, trop bon marché de ce que l'expérience et l'observation clinique nous ont appris sur le muguet. Ne croyez pas néanmoins que je veuille prendre rang parmi les détracteurs du microscope ; ce

qui m'étonne, c'est que M. Chatin ne fasse pas la distinction si importante du muguet grave et du muguet exclusivement localisé sur la muqueuse buccale ; ce n'est, en somme, que de cette dernière forme qu'il a parlé ; je laisserai donc l'autre de côté.

Pour M. Chatin, point de muguet sans sporules, et certes je n'ai l'intention de nier ni les sporules ni l'oïdium ; mais ce qui me paraît s'accorder fort mal avec l'opinion de M. Chatin, c'est qu'on fait naître le muguet à volonté en plaçant les enfants dans des conditions déterminées ; c'est, en effet, chez les enfants nés avant terme, petits, mal nourris, suçant des mamelons malades, dont les sucs âcres doivent irriter leur bouche, c'est dans ces conditions que se produit le muguet, et il me semble qu'elles sont bien suffisantes pour expliquer son apparition sans que nous ayons besoin de recourir aux sporules.

— M. Chatin : Bien que les remarques que viennent de présenter mes collègues ne se rapportent pas au fond du rapport, j'y répondrai quelques mots. L'existence des sporules me paraît d'abord démontrée, et le rôle que je leur assigne trouve son analogue dans les autres champignons qui se produisent souvent d'une manière inattendue, mais toujours sur un terrain déterminé.

Pour ce qui est de la question étiologique, il est bien établi que l'oïdium existe toujours quand il y a muguet, léger ou grave, peu importe ; il ne peut donc qu'en être la cause.

Le muguet, je crois, n'est jamais une maladie grave par elle-même ; mais il se produit facilement chez des enfants ou chez les vieillards gravement malades ; il ajoute bien peu aux dangers de la maladie principale, si ce n'est dans les cas où un feutrage épais occupe tout l'œsophage et jusqu'à l'estomac, etc.

— M. Bouillaud : Voilà le terrain déblayé, et la bataille peut s'engager. Je suis convaincu, pour mon compte, qu'on a

fait de singulières exagérations en matière de maladies parasitaires, et que l'on a souvent pris pour le fait primitif, ce qui n'était qu'un phénomène consécutif. J'ai eu l'occasion tout récemment d'observer un cas de muguet chez un jeune homme, pendant la convalescence d'une rougeole. Tout d'abord la langue était très gonflée et le malade ne pouvait l'amener hors de la bouche. Le lendemain, la muqueuse était tapissée d'une belle éruption de muguet, dont la nature fut dûment constatée par le microscope. La guérison fut d'ailleurs prompte et facile. Il est évident que, dans ce cas, l'oïdium s'est développé dans l'exsudation qui couvrait la langue; il ne pouvait donc être l'élément primitif. Il en est peut-être de même dans les cas si fréquents où l'acidité buccale précède l'éruption.

Il est presque superflu d'ajouter qu'il est impossible d'assimiler le croup à la gale et aux autres maladies parasitaires, comme M. Velpeau paraît être disposé à le faire; comment expliqueriez-vous, en admettant cette hypothèse, qu'il se développe dans les conditions hygiéniques les plus excellentes, à la suite d'un refroidissement? Et ce point de doctrine a bien son importance pratique. Iriez-vous, au lieu d'attaquer la maladie, diriger vos efforts contre le parasite supposé qui en serait la cause?

— M. Moreau souscrit à ce que M. Depaul a dit des conditions dans lesquelles se produit le muguet, et admet également que le muguet est toujours précédé d'une irritation plus ou moins intense. Il pense que le muguet, bien soigné, n'est jamais grave par lui-même, et que le prétendu muguet grave des vieillards n'est qu'une exsudation plastique analogue à celle qu'on voit dans les fièvres graves.

— M. Robin : Il est évident, lorsqu'on a étudié des cas variés de muguet, que la présence du champignon (l'*Oidium albicans*, Ch. R.) n'est autre chose qu'un épiphénomène, qui vient compliquer une affection de la muqueuse, et quelquefois une altération de la salive, sans que la muqueuse soit primitivement malade.

Les conditions qui favorisent le développement du champignon peuvent se rencontrer dans des affections diverses, mais c'est toujours comme épiphénomène qu'il apparaît. Ainsi que je l'ai dit ailleurs (1), les filaments du végétal se développent à la surface de l'épithélium, dont ils altèrent, la texture ; ils s'avancent dans la couche de mucus visqueux qui adhère à ce dernier, et dans laquelle nagent des cellules épithéliales qui se détachent continuellement. Les spores germent dans ce sol, s'y multiplient rapidement, adhèrent à l'épithélium, dont elles couvrent les cellules superficielles, et bientôt, mélangées aux cellules du liquide visqueux, elles forment avec les filaments tubuleux du végétal une couche blanchâtre épaisse, qui occupe la place de ce liquide. Cette membrane enlevée, ce n'est pas le derme de la muqueuse qu'on a sous les yeux, mais une couche d'épithélium de formation récente (ce que beaucoup d'auteurs et Berg avaient déjà constaté), plus ou moins épaisse qu'à l'état normal, mais presque toujours un peu altérée. Ce qui a fait penser à plusieurs physiologistes que le muguet se développe sous l'épithélium, qu'il déchire peu à peu pour tomber, c'est que, d'une part, l'adhérence aux cellules épithéliales des groupes de spores et des filaments qui en partent en nombre infini, est bien plus grande dans les premiers jours du développement du végétal que plus tard. Cela tient, d'autre part, à ce que les couches superficielles d'épithélium contre lesquelles a lieu cette adhérence, sont repoussées et détachées par celles qui se développent incessamment au-dessous d'elles. On ne peut sans erreur considérer ces fausses membranes comme un produit inflammatoire superficiel de la muqueuse digestive, ni comme un produit de sécrétion viciée, ni comme analogue à une couenne fibrineuse, ni comme un produit de la coagulation d'un liquide quelconque, ni comme de véritables fausses membranes comparables à celles des séreuses enflammées, par exemple. Mais seulement la *phlegmasie des muqueuses* amène dans le *produit de leur sécrétion habituelle*

(1) Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux*. Paris, 1853. In-8, p. 494 et suivantes.

une altération qui rend celle-ci propre à servir de sol au végétal qui se développe, propre à lui fournir des matériaux nutritifs.

Le végétal dont il s'agit ici ne se développe jamais dans le larynx et la trachée, le muguet ne s'étend jamais dans ces cavités, fait qui coïncide avec l'état constamment neutre ou légèrement alcalin et jamais acide des mucus de ces conduits. C'est surtout chez les enfants affaiblis par les diarrhées et les vomissements, suites d'indigestions ou d'inflammations intestinales, ou chez ceux qui prennent une mauvaise nourriture, que se rencontrent les conditions mentionnées ci-dessus. Il suffit du reste que l'acidité soit très légère. J'ai vu du muguet abondamment développé dans des cas où la muqueuse était à peine acide. Les mêmes conditions d'acidité se rencontrent probablement quelquefois aussi à la surface et au pourtour du mamelon, par suite d'aigrissement du lait qui l'humecte souvent ou dépôt de mucus acide par les enfants qui tettent. Ces conditions peuvent s'observer dans les derniers jours de la vie chez les individus cachectiques, chez les vieillards, chez les phthisiques, à la fin des fièvres typhoïdes, des phlébites et lymphangites mortelles, etc. Son apparition, dans ces cas, est un signe indiquant l'approche de la mort, non pas que le végétal ait une action toxique par lui-même, mais parce qu'il ne se développe chez les adultes que lorsque l'altération des liquides de l'économie est générale et profonde ; parce que alors seulement se montrent chez l'adulte les conditions d'acidité et autres du mucus buccal, qui en permettent le développement. J'ai pu constater que c'est bien l'*Oidium albicans* qui se développe quelquefois à la surface des aphthes. Tantôt il y forme une plaque blanchâtre ou jaunâtre, tantôt il s'y trouve en très petite quantité, sans former une couche assez épaisse pour être vue, et l'on en trouve seulement les éléments (tubes et spores) quand on examine le liquide muqueux et purulent qui recouvre l'ulcération.

Les médecins qui ont voulu faire du croup une maladie parasitaire sont tombés dans l'erreur. J'ai montré ailleurs (1)

(1) Voyez *Chimie anatomique*. Paris, 1853. In-8, t. III, p. 247 et 267.

que les fausses membranes du croup sont principalement formées de fibrine. La fibrine exsudée à la surface des muqueuses et composant les pseudo-membranes diphthéritiques des petites ou grosses bronches, etc., est ordinairement blanche, quelquefois même d'un très beau blanc et opaque. Souvent elle est grise ou grisâtre ; des globules de pus, des cellules d'épithélium, soit pavimenteux, soit cylindrique, suivant la région du corps où se trouvent des couches de fibrine, s'y voient aussi. On y trouve de plus beaucoup de granulations moléculaires de diverses natures, graisseuses ou autres. Dans la trachée avec les épithéliums précédents, se voient aussi parfois des épithéliums nucléaires. Souvent la fibrine présente des traînées, des taches rouges ou noirâtres, d'aspect ecchymotique, ou présentant des irradiations sur les bords, etc. Les auteurs qui ont cru à l'organisation possible de la fibrine, ont pris ces taches pour des vaisseaux de nouvelle formation, indiquant un commencement d'organisation. Mais on ne voit pas plus là qu'ailleurs traces de vaisseaux analogues à ceux qu'on observe dans les brides pleurétiques ou péritonéales de nouvelle génération. On ne trouve que des globules du sang épanchés, venant des capillaires de la muqueuse et englobés dans les interstices des fibrilles de la fibrine. La couenne diphthéritique est formée de fibrilles de fibrine entre-croisées en tout sens, très adhérentes entre elles, souvent flexueuses, difficiles à isoler dans une longueur un peu notable. Quand la fausse-membrane est ancienne ou très molle, la fibrine perd son aspect fibrillaire ou strié, et prend un aspect homogène grenu. Mais, dans la majorité des cas, surtout quand ces pseudo-membranes sont très blanches, on reconnaît au microscope les caractères de la fibrine, de la manière la plus nette. Ce n'est que dans les cas où pareille fausse membrane a séjourné longtemps dans les voies aériennes qu'il peut y germer des spores de champignons. Mais les fausses membranes sont rejetées, ou le malade meurt avant que les filaments du *mycelium* qui résulte de cette germination aient le temps de fructifier, ce qui fait qu'on ne peut déterminer les espèces de ces plantes, qui se développent là ; ces *myceliums*

ne ressemblent pas tout à fait à celui de l'*Oidium albicans*, Ch. R. Ce sont des champignons qui croissent là comme il en apparaît sur toute espèce de substance animale morte. Dans les cas même où ils sont relativement abondants, c'est à peine s'ils forment la millième partie de la portion superficiellle seulement de la fausse membrane. Dans le traitement du croup, on n'a par conséquent pas à s'occuper d'un champignon qui croît sur les pseudo-membranes du larynx, absolument comme il le ferait sur le cadavre, et qui ne change rien à la nature du produit diphthérique.

— M. Chatin : L'observation de M. Bouillaud me paraît très propre à confirmer ce que j'ai dit des conditions favorables au développement de l'oïdium, lequel, je le répète avec M. Robin, n'est qu'un épiphénomène d'un état morbide. J'en dirai autant des conditions que M. Depaul a si bien résumées : il est très facile de comprendre qu'elles préparent à l'oïdium un terrain favorable.

On comprend aussi très bien que les liquides acides qui s'accumulent dans les crevasses des mamelons deviennent le point de départ du champignon qui s'y développe alors d'emblée, et peut être ainsi transmis au nourrisson.

— M. Devergie : Je regrette que M. Robin ne se soit pas prononcé très catégoriquement sur la question de savoir si l'oïdium est cause ou effet du muguet ; la théorie qui attribue toutes les maladies de ce genre à des sporules innombrables, disséminées dans l'atmosphère, suppose une telle viciation de l'air que nous respirons à chaque instant, et entraîne d'autres conséquences si extraordinaires, que je la crois fort sujette à contestation. Je désirerais que M. Robin nous donnât sur cette question son opinion nettement formulée.

— M. Depaul : M. Chatin dit dans son rapport que la contagion du muguet n'est pas seulement démontrée, mais encore indispensable. Comment expliquera-t-il alors qu'il affecte des enfants nourris au biberon ? qu'à côté d'un enfant malade on en rencontre dans la même chambre qui n'en sont pas affectés ? Je ne crois pas même que la réalité de la contagion soit

démontrée pour les observations de M. Pirondi, car j'y retrouve toutes les conditions étiologiques que j'ai énumérées plus haut, et dire qu'elles n'ont fait que préparer un terrain favorable à la germination de l'oïdium ne serait qu'une échappatoire.

— M. Robin : Tout ce que j'ai à dire en réponse aux remarques de M. Devergie, c'est que l'épiphénomène, dans le muguet, c'est la germination des spores de l'*Oidium albicans;* le résultat c'est la fausse membrane, qui est composée par le champignon parasite et par les cellules épithéliales altérées dans leur arrangement réciproque. Lorsque enfin cette fausse membrane occupe la place de la couche de mucus qui humecte la muqueuse ou devient plus épaisse encore, elle peut devenir à son tour le point de départ de nouveaux accidents. La fausse membrane, principalement parasitique, se présente d'abord sous l'aspect de petits points blancs, d'abord séparés les uns des autres (*muguet discret*). C'est par multiplication et accumulation des éléments de la plante à la surface et dans les intervalles des cellules d'épithélium que se forment ces points blancs. Dans le principe, ils sont formés d'une masse d'épithélium plus grande que celle des végétaux qui adhèrent à celle-ci, et leur sont mélangés. Il importe d'être prévenu de ce fait, car on pourrait croire d'abord n'avoir affaire qu'à une modification de l'épithélium lorsqu'on trouve que le végétal ne forme que la plus petite masse de ces points blancs; mais la couleur blanche est due pour beaucoup au végétal. A mesure que les points blancs deviennent plus nombreux, ils se touchent et se confondent de manière à former une couche continue, blanchâtre, qui revêt toute la muqueuse et la cache (*muguet confluent*). On trouve alors partout, soit des tubes entrelacés et mélangés à des cellules d'épithélium couvertes ou non de spores qui leur adhèrent, et à du mucus plus ou moins dense, et contenant beaucoup de granulations moléculaires.

— M. Velpeau : M. Bouillaud se trompait en me rangeant parmi les partisans de M. Jodin. Quant à la question qu'il a

soulevée, il me semble qu'elle devrait l'être pour toutes les affections de même nature, et qu'il y aurait là matière à de longues discussions. M. Chatin nous dit : l'oïdium, c'est le muguet. C'est à peu près comme si l'on disait que l'acarus est la gale. L'opinion de M. Bouillaud ne me paraît pas bien démontrée non plus. On comprendrait fort bien que les champignons implantés sur la muqueuse devinssent pour elles une sorte d'épine qui provoquerait la sécrétion de la couenne.

Je voudrais que cette question et celles qui s'y rattachent, y compris la question de la génération spontanée, fussent mises à l'étude et discutées au sein de l'Académie.

— M. Chatin : M. Depaul a sans doute déjà compris que l'opinion qu'il qualifiait d'échappatoire compte pour elle d'excellentes raisons; je ne m'y arrêterai pas. M. Depaul se chargerait-il, par hasard, de nous dire pourquoi le choléra, quand il envahit une maison, y choisit ses victimes et ne frappe pas tous les habitants?

Je n'ai d'ailleurs nullement déclaré la contagion du muguet nécessaire; j'ai seulement prouvé qu'elle est possible.

— M. Delafond : Je regrette que ces graves questions soient soulevées à l'occasion d'un rapport, et j'aurais préféré que l'Académie y consacrât quelques séances. J'essayerai pourtant de prouver en peu de mots que c'est l'oïdium qui est la *cause* du muguet, et que le muguet est contagieux.

Le muguet est fréquent chez les agneaux ; je ne me chargerai pas d'expliquer sa cause primitive, mais l'expérimentation aussi bien que l'observation ont démontré qu'il peut se transmettre par contagion. On ne réussit pas, il est vrai, à le transplanter chez un animal parfaitement sain, et dont la muqueuse buccale est parfaitement intacte ; mais le muguet se développe toujours quand on en porte quelque fragment sur la muqueuse d'animaux chétifs, faibles, digérant ou ruminant mal, de ceux qui présentent quelque plaie dans la bouche, et surtout lorsque la salive est acide.

J'ai vu souvent, d'autre part, des agneaux transmettre le muguet à leurs mères, ou bien des brebis le communiquer

aux agneaux qui les tetaient. Dans le premier cas, vous trouvez déjà les sporules sur le mamelon quand il est encore parfaitement sain, et ce n'est qu'au bout de deux à six jours qu'il devient rouge, tendu, et se recouvre de la pellicule caractéristique. La possibilité de la contagion est au moins démontrée suffisamment par des faits pareils.

— M. Moreau : Elle le serait si M. Delafond n'avait eu soin de dire lui-même que les agneaux chez lesquels le muguet peut se développer se trouvent précisément dans les mêmes conditions que les enfants, chez lesquels il se montre presque toujours.

— M. le Président : La discussion qui s'est engagée n'ayant pas porté sur les conclusions du rapport, je mets les conclusions aux voix.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

—

ÉLECTIONS.

M. le *président* fait connaître les résultats des différents scrutins qui ont été ouverts pendant la séance pour la nomination des membres des commissions permanentes.

Ont été élus :

Commission des épidémies : MM. Louis et Grisolle.

Commission des eaux minérales : MM. Boullay et Gaultier de Claubry.

Commission des remèdes secrets et nouveaux : MM. Robinet et Trébuchet.

Commission de vaccine : MM. Depaul et Poiseuille.

Comité de publication : MM. Laugier, Nélaton, Robin, Bouchardat et Bourdon.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Méthodes nouvelles de traitement des maladies articulaires, exposition et démonstration faites à Paris, en 1858, par feu le professeur A. Bonnet (de Lyon). Paris, 1859, in-8 de 175 pages.

Mémoire sur le diagnostic différentiel et le traitement des ulcérations du col de la matrice, par M. le docteur Jules Mascarel.

Considérations sur la paralysie générale, par M. le docteur Casimir Pinel neveu.

Note sur le diagnostic et le traitement de la folie ébrieuse ou *delirium tremens*, par le même auteur.

Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire (1857).

Bulletin des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Bologne (décembre 1858).

Répertoire de pharmacie. Décembre.

Journal de pharmacie et de chimie. Décembre.

Le Progrès, n. 52.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. V, n. 52.

Gazette médicale d'Orient, n. 9.

Gazette médicale de Paris, n. 52.

L'Abeille médicale, n. 52.

La France médicale et pharmaceutique, n. 52.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 150 à 153.

L'Union médicale, n. 152 à 154.

Gazette des hôpitaux, n. 152 à 154.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 52.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

La CORRESPONDANCE OFFICIELLE comprend deux lettres par lesquelles M. le ministre de l'instruction publique et des cultes prévient qu'il recevra le bureau de l'Académie le 31 décembre, et que S. M. l'Empereur recevra également une députation de la Compagnie le 1er janvier, à l'occasion du nouvel an.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur GUIPON (de Laon), adresse ses remercîments à l'Académie, pour la récompense dont elle a honoré son travail sur les épidémies de l'arrondissement de Laon.

II. M. le docteur WINDRIF soumet à la Compagnie la relation d'un cas de morve aiguë chez l'homme. (*Commissaires :* MM. Trousseau et Bouley.)

III. Note sur la revaccination, etc., etc., par M. le docteur PELLARIN. (*Commission de vaccine.*)

—

Discours de M. Cruveilhier.

Messieurs et chers collègues, en prenant place à ce fauteuil, j'ai besoin d'exprimer à l'Académie combien j'ai été profondément touché non moins qu'honoré de son bienveillant suffrage; j'ose dire que je n'en suis pas indigne, s'il suffit d'un zèle ardent et filial pour la prospérité de l'Académie, où se trouvent si bien représentées toutes les branches des sciences médicales, et qui chaque jour prend plus d'importance et d'autorité dans l'opinion.

Véritable aréopage scientifique, l'Académie, grâce à ses importants travaux, qui ont un si grand retentissement, est devenue l'arbitre de toutes les grandes questions médicales qui sont discutées dans son sein ; et ses décisions, accueillies partout avec déférence, exercent une immense influence sur tous les points de doctrine et de pratique soumis à son appréciation.

C'est assez vous dire, messieurs et chers collègues, que je comprends toute la gravité des obligations que vous m'avez imposées en me faisant l'honneur de me porter au fauteuil de la présidence.

J'aurai, pour soutenir mon insuffisance, votre bienveillance d'abord, et puis les traditions et les exemples de mes prédécesseurs, et en particulier du collègue aimé de tous auquel je succède, et qui a su concilier une grande fermeté dans l'observance du règlement avec une inaltérable aménité.

C'est donc de tout cœur que je propose à l'Académie de voter des remercîments à M. Laugier, président sortant. Je propose aussi des remercîments à messieurs les membres du conseil, qui ont rempli leurs fonctions avec un si grand dévouement et une si grande exactitude.

—

DISCUSSION.

Tubage de la glotte et trachéotomie.

M. Malgaigne : Messieurs, je ne veux pas commencer sans remercier l'Académie de la bienveillance dont elle a usé à mon égard, et dont j'ai besoin aujourd'hui plus que jamais. J'ai en effet une longue carrière à parcourir, j'ai à répondre à de nombreux adversaires ; et je me trouve surtout dans cette position difficile d'avoir à reprendre et à réchauffer, en quelque sorte, une discussion que quatre semaines de silence ont eu tout le temps de refroidir.

Qu'il me soit permis de rappeler en peu de mots l'état de la question. Le 14 septembre dernier, M. Bouchut a communiqué à l'Académie une note sur un moyen nouveau, non en-

core suffisamment expérimenté, et qui paraissait de nature à remplacer, au moins quelquefois, la trachéotomie. Six semaines après, M. Trousseau a fait un rapport remarquable à beaucoup d'égards, je ne peux pas dire à tous égards, puisque j'ai eu le malheur d'avoir à le combattre. J'ai relevé cet empressement inaccoutumé, qui avait conduit la commission à porter un jugement sur une question qu'elle n'avait pas suffisamment étudiée; et M. Trousseau s'est ému de cette remarque. Vous l'avez ouï raconter qu'il prenait *très au sérieux* ses devoirs d'académicien, que le bureau, en le nommant rapporteur, lui *enjoignait* par cela même de faire un rapport, et qu'il n'avait fait qu'*obéir*. Encore un peu, on eût été tenté de le plaindre d'avoir eu à subir une pareille tyrannie. Mais presque aussitôt il a pris soin de nous rassurer; s'il ne s'était agi que du tubage, il lui eût simplement appliqué *la justice du silence*; mais la trachéotomie était en cause, et, suivant ses propres paroles, c'est la trachéotomie qui est la *chose capitale dans ce débat*. Sur ce point, nous voilà donc complétement d'accord; et, comme je l'avais fait observer, c'est bien moins un rapport sur le tubage que vous avez entendu, qu'un manifeste en faveur de la trachéotomie. M. Trousseau a cependant ajouté quelques mots sur le tubage; il a rapporté quelques expériences pratiquées sur les chiens, qui lui paraissent décisives, afin, dit-il, de n'avoir plus à en parler. Il faudra bien en reparler encore, puisqu'il y a des conclusions à soumettre à l'Académie; mais, pour le moment, je suivrai l'ordre naturel de la discussion, en m'attachant à ce qui en est devenu en effet l'objet principal, je veux dire la trachéotomie.

Comment, messieurs, ai-je été amené à examiner la valeur réelle de la trachéotomie? C'est que, dans son rapport, M. Trousseau la présentait sous des couleurs infiniment trop favorables, et propres à induire en erreur et les médecins et les jeunes chirurgiens. Selon lui, c'était une opération sans danger par elle-même; d'après une statistique de l'hôpital des Enfants, dressée par MM. Sée et Roger, elle sauvait 27 sujets sur 100; en d'autres termes, elle donnait, disait-on, *un*

quart à un tiers de guérisons; appliquée à la deuxième période du croup, c'était bien autre chose: elle procurait 64 guérisons sur 100, d'où la conséquence toute naturelle qu'il fallait la pratiquer à la deuxième période.

Or, messieurs, et comme chirurgien et comme professeur de médecine opératoire, il m'était impossible de laisser passer de pareilles assertions. Je déclarai donc, et j'essayai de démontrer que la trachéotomie est déjà par elle-même une opération très grave, et infiniment plus grave dans le cas de croup; que la prétendue statistique qui lui attribuait 64 guérisons sur 100 opérés était dérisoire; bien plus, que la proportion générale de 27 pour 100, obtenue à l'hôpital, dépassait ce qu'on obtenait en ville dans des conditions cependant bien meilleures; enfin, que les succès ne pouvaient s'expliquer que parce qu'on pratiquait l'opération prématurément, avant qu'elle fût rigoureusement nécessaire; et, à cette occasion, j'adressais aux chefs de service de l'hôpital cette recommandation significative : *Caveant Consules!*

Il y a eu ici, messieurs, un étrange malentendu. Je n'entendais attaquer que l'abus de l'opération; j'avais expressément déclaré que j'en étais partisan dans de justes limites; on m'a pris pour un adversaire absolu de l'opération. J'ai été obligé déjà de rétablir la réalité des choses, d'indiquer nettement la doctrine que je suivais, opposée à la doctrine que je combats, et comme c'est sur cette opposition que roulera tout le débat, je demande à l'Académie la permission de reproduire les deux formules.

Pour M. Trousseau, il faut *opérer le plus tôt possible, et dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx.*

Pour moi, *dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx, tenter d'abord les autres moyens de traitement; et quand ils sont reconnus impuissants, alors, mais seulement alors, opérer le plus tôt possible.*

Un des points de mon argumentation qui a soulevé la plus vive émotion est celui qui touchait aux opérations prématurées de l'hôpital des Enfants. Vous avez entendu d'abord une lettre de M. Millard, réclamant contre l'*accusation grave* que je fai-

sais peser sur les internes; puis MM. Roger et Sée, déclarant que chefs de service et internes ont toujours agi *en accord parfait;* puis M. Bouvier, dans un style plus accentué encore, s'écriant : *Nos internes n'ont agi que d'après nos instructions! Ils sont la main, nous sommes la tête; chefs et élèves, nous sommes tous solidaires, nous nous présentons devant vous comme un seul homme!* Comme un seul homme! Si cela était parfaitement exact, je l'avouerai, messieurs, ce serait un faisceau bien fort et bien redoutable; heureusement que j'espère être assez heureux pour le délier.

Mais auparavant il y a une question préliminaire, celle des succès réels obtenus par la trachéotomie à l'hôpital des Enfants. MM. Roger et Sée, auteurs des statistiques en litige, ont vivement réclamé contre ce qu'ils ont appelé mes accusations et mon réquisitoire; et ils ont *proclamé hardiment l'exactitude de leurs chiffres.* Je voudrais bien d'abord leur demander une faveur; ce serait de rester dans les termes d'une discussion scientifique, et de laisser de côté ces grands mots de *réquisitoire* et d'*accusations*, qui ne conviennent ici d'aucune manière. Il n'y a point ici d'accusateur; l'Académie n'est point un tribunal de police correctionnelle; seulement on y discute les faits et les assertions, et on y dit que les statistiques sont mauvaises quand on les croit mauvaises. Maintenant, que ces messieurs proclament *hardiment* l'exactitude de leurs chiffres, c'est leur droit; mais l'Académie va voir que le mot *hardiment* est ici parfaitement appliqué.

Je n'avais rejeté spécialement que ceux de leurs calculs qui annonçaient 64 succès par 100 opérations. Il leur plaît de mettre en jeu aussi les autres, savoir : la statistique générale, qui compte 126 guéris sur 466 opérés, et une autre statistique de la trachéotomie à la période ultime, donnant 13 guérisons sur 70, ou 18 pour 100. Or, pour cette dernière, il y a six semaines, on nous donnait 13 guérisons sur 62, soit 21 pour 100. On peut comparer ces deux chiffres (*Bulletin de l'Académie*, p. 116 et 185); il y en a un pour le moins qu'on ne saurait proclamer exact.

La statistique générale paraît plus assurée; elle repose,

dit-on, sur trois espèces de documents : 1° les thèses soutenues par les internes ; 2° un registre spécial tenu par l'administration ; 3° une liste générale dressée par M. Guersant de 1850 à 1858. *Aucun des cas particuliers,* disent les auteurs, *n'a été admis dans nos catégories avant d'avoir subi ce triple contrôle;* et M. Bouvier ajoute que *ce triple contrôle est une garantie plus que suffisante de la vérité.* Hélas ! messieurs, je voudrais bien qu'il en fût ainsi ; mais la vérité m'oblige à dire qu'il n'en est absolument rien. Et ici qu'on ne se méprenne point sur mes paroles ; M. Sée, que j'ai vu, a paru craindre qu'en attaquant l'authenticité de ses chiffres je misse en doute sa bonne foi ; je rejette loin de moi tout ce qui pourrait seulement ressembler à un pareil soupçon. J'ai l'honneur de connaître depuis longtemps M. Roger ; j'ai connu plus récemment M. Sée ; personne plus que moi ne rend hommage à leur caractère et à leur loyauté scientifique. Ils ont *exactement* copié leurs chiffres, je dirai même qu'ils ont mis à la fois beaucoup de conscience et de labeur à les rechercher ; mais ils ne semblent pas s'être doutés que des chiffres exactement copiés pussent être parfaitement inexacts, et qu'il faut autre chose pour établir une statistique sérieuse. Prenez, par exemple, le total des trachéotomies pratiquées à l'hôpital ; il n'y a pas qu'un seul chiffre, il y en a trois. Le registre de l'administration porte 475 ; la liste de M. Guersant 466 ; le relevé des thèses ne va qu'à 460. De ces trois chiffres, il y en a deux pour le moins qui sont inexacts, peut-être bien tous les trois ; lequel pourtant mérite la préférence ? Il semble que ce doive être celui du registre de l'administration ; j'ai demandé à M. Sée si, en effet, l'administration pouvait être abusée jusqu'à inscrire une opération qui n'aurait pas été faite ; il m'a répondu qu'il ne le pensait pas. Pourquoi donc n'avoir pas pris son chiffre ? La meilleure raison que j'aie pu comprendre est qu'on a voulu éviter les extrêmes ; *in medio virtus,* dit l'adage antique ; mais il n'y a point de juste milieu en arithmétique. Quant au contrôle allégué, il n'y en a pas eu, il ne pouvait y en avoir ; les listes des thèses ne portent pas tous les noms ; la liste de M. Guersant porte moins de noms que le registre

de l'administration ; le chiffre adopté par MM. Roger et Sée est donc un chiffre pris à peu près au hasard au lieu des deux autres.

Pour le chiffre des guérisons, la difficulté est bien plus grande. Ici le registre de l'administration ne peut plus faire foi ; il accuse uniquement la sortie des opérés, et la sortie ne saurait être assimilée à la guérison ; nous trouvons dans les thèses des exemples d'enfants sortis pour aller mourir chez leurs parents, ou rentrés plus tard pour mourir à l'hôpital. J'ai relevé, d'une autre part, les faits réunis dans les thèses ; et j'arriverais ainsi à peine à 112 guérisons. MM. Roger et Sée en comptent 126 ; où est leur contrôle ? Je le répète, il n'y a pas dans tout cela un seul chiffre dont l'exactitude ait le droit d'être proclamée. Je ne m'arrête pas à la petite statistique qui présente une proportion de 64 guérisons pour 100 ; elle résulte d'un triage de 39 cas choisis sur 460 ou 466, ou 475 opérés ; nous savons bien, nous autres chirurgiens, à quels résultats peut conduire ce choix des petites séries ; je répète que je n'y veux pas insister davantage.

Au total, que l'on ait sauvé à l'hôpital des Enfants 25 ou 27 opérés sur 100, la différence importe assez peu ; ce qui est surtout de nature à frapper, c'est qu'on en a ainsi sauvé plus qu'en ville, les enfants placés dans les circonstances les plus favorables, confiés aux premiers de nos chirurgiens. J'avais cité, à cette occasion, la statistique de la ville publiée par M. Bouchut, et donnant pour 346 opérés 312 morts. M. Bouvier ne veut point de cette statistique, et il s'est même fort égayé sur la façon dont elle a été recueillie. C'est dans la rue, au coin de la borne, que M. Bouchut, rencontrant un chirurgien,

..... L'aborde, et lui tendant la main,

lui demande : Combien avez-vous fait de trachéotomies ? Or, selon M. Bouvier, ce n'est pas ainsi qu'il faut s'y prendre ; et il appellerait volontiers cela une statistique de coin de rue. Quant à lui, il a adressé de semblables questions aux mêmes chirurgiens, mais dans un lieu convenable, à la Société de chirurgie, dans une salle bien tenue, bien chauffée, circon-

stances éminemment propres à assurer l'exactitude des chiffres. Eh bien! pour ce qui nous importe à nous, à savoir si les chiffres sont exacts, M. Bouvier en a-t-il redressé au moins quelques-uns? Aucun; les chiffres de M. Bouchut avaient été exactement recueillis. J'ai déjà cité, à la vérité, la réclamation de M. Monod, qui au lieu de 40 opérations avait dit une quarantaine; mais cela ne va pas bien loin, et aboutit seulement à dire qu'au lieu de 40 morts il a eu une quarantaine de morts. Bien plus, le dirai-je? en fait d'exactitude, c'est M. Bouchut qui l'emporte sur M. Bouvier; ce dernier n'attribue à M. Nélaton que 35 opérations, sur lesquelles 3 morts; c'est 36 qu'avait dit M. Bouchut, et qui est le chiffre réel. Mais, ajoute M. Bouvier, il y a de ces opérations qui remontent à l'internat des chirurgiens; il y en a qui ont été faites pour des corps étrangers, etc. Quant à ce dernier reproche, il est au moins étrange; car la trachéotomie pour corps étrangers étant moins meurtrière, ce serait donc un accroissement de mortalité à porter au compte de la trachéotomie pour fait de croup. Que si plusieurs de ces opérations ont été faites dans les hôpitaux, oui, cela est vrai, il faudra décharger d'autant la statistique de la ville; mais faites toutes les défalcations qu'il vous plaira, avec 34 succès sur 346, vous n'arriverez jamais à la proportion de 27 pour 100.

Mais, dit encore M. Bouvier, nombre de ces opérations sont antérieures à 1848, antérieures à la troisième phase de la trachéotomie; M. Nélaton, par exemple, a perdu avant 1848 ses 23 premiers opérés, et depuis, grâce aux progrès du traitement consécutif, il en a sauvé 3 sur 12. Ce ne serait, en tous cas, que 25 pour 100; mais je dois dire ici que la différence établie entre les opérations antérieures et postérieures à 1848 appartient tout entière à M. Bouvier; M. Nélaton m'a déclaré qu'il suivait les mêmes procédés avant qu'après; et comme par un heureux hasard je l'aperçois dans cette enceinte, je suis en mesure d'invoquer directement son témoignage. Je reviendrai d'ailleurs sur ces prétendues phases et ces prétendus perfectionnements de l'opération.

M. Trousseau m'a opposé d'autres relevés, provenant, à

Paris, de MM. Richet, Follin, Broca, et qui sur 39 opérations donnent 17 guérisons; puis d'autres chirurgiens de Paris et des départements, qui sur un total de 205 opérés en ont guéri 73. A quoi j'ai plusieurs réponses à faire.

Premièrement, il ne faut pas confondre les opérations faites à Paris et les opérations faites dans les villes de province; on sait que celles-ci réunissent généralement mieux; il y en a même une, l'opération césarienne, qui a réussi en province, et jusqu'à présent n'a jamais pu réussir à Paris.

En second lieu, il faut se méfier des séries trop petites; notre collègue, M. Gavarret, qui m'écoute, pourra édifier à cet égard tous ceux qui en auraient besoin, lui qui déjà ne trouve pas nos séries de plusieurs centaines assez fortes.

Troisièmement, les chiffres donnés par M. Trousseau ne détruisent pas les autres, et en les additionnant on n'arriverait pas encore à la proportion des séries de l'hôpital des Enfants.

Enfin, en triant même les plus heureuses parmi ces petites séries, on n'en trouve pas d'égales aux séries de choix de l'hôpital, qui ont donné à MM. Roger et Sée une proportion de 64 guérisons pour 100. M. Trousseau a eu en ville une série bien heureuse, dans laquelle il n'a perdu que 2 opérés sur 9; il est encore dépassé par un des internes, M. André, qui a eu une série de 6 guérisons sur 7.

M. Bouvier lui-même m'en a offert un autre exemple qui ne sera pas de peu de poids. Il s'agit de M. Guersant, qui, dans la deuxième phase, perdait jusqu'à 23 malades de suite avant d'en sauver un seul. Dans la troisième phase, M. Guersant, bien instruit certes des perfectionnements apportés à l'hôpital dont il est le chirurgien, a opéré en ville 82 sujets, et n'en a sauvé que 17; c'est environ 21 pour 100, tandis qu'à l'hôpital les internes en sauvent 27.

Ainsi, de quelque côté que vous vous tourniez, la pratique de l'hôpital est toujours supérieure à celle de la ville; phénomène inouï, et qui a besoin d'une explication. Je l'avais cherchée, cette explication, dans la salubrité des lieux, dans les conditions d'aisance des petits malades, dans la différence

du traitement; mais le traitement étant partout le même, les conditions d'aisance et de salubrité étant bien supérieures pour la ville, je m'étais arrêté un moment; je m'étais demandé si, acceptant ces résultats les yeux fermés, je serais réduit à dire à mes élèves : «Ne faites pas opérer vos malades en ville, conduisez-les à l'hôpital;» et j'ajoutais que certes il ne se trouverait personne ici pour me conseiller de le dire.

Or, messieurs, et ici et au dehors il s'en est trouvé. Ce n'est pas ma faute; je ne cherchais pas assurément à tendre un piége; je posais ma question pour arriver, comme on dit dans l'école, à une solution par l'absurde; j'avais, autant qu'il était en moi, averti de l'abîme, et écrit sur un poteau : *Prenez garde; ici est l'absurde.* Eh bien! messieurs, toutes ces précautions ont été vaines; M. Roger, M. Sée, s'y sont librement précipités; et après eux M. Bouvier, tous les trois, *comme un seul homme!* Ah! qu'ici du moins le faisceau se dénoue; pour un petit hôpital qui ne compte que cinq chefs de service, c'est bien assez de trois hommes à la mer.

Irai-je cependant répéter ce qui est connu de tous, que les hôpitaux de Paris offrent les chances les plus défavorables au succès des opérations; que la taille et la lithotritie, par exemple, réussissent en général deux fois mieux en ville qu'à l'hôpital? Comment donc, l'hôpital des Enfants, l'un des moins salubres par sa spécialité même, échapperait-il à cette loi? M. Bouvier a enfin essayé de nous le dire; il nous a tracé l'histoire de la trachéotomie moderne qu'il a divisée en trois phases : l'une de 1819 à 1825, occupée par M. Bretonneau tout seul; procédé informe, revers constants; la seconde, de 1825 à 1849; emploi d'une large canule; résultats très divers, mais les revers dominent; enfin, à partir de 1849, M. Trousseau, entré à l'hôpital des Enfants, commence la troisième phase, dans laquelle *tout change de face*, parce que tout a été perfectionné.

Et quels sont donc ces immenses perfectionnements? Ils se rapportent tous au traitement consécutif. Certes, messieurs, ce n'est pas moi qui viendrai soutenir que le traitement consécutif n'a aucune influence sur le résultat des opérations; je

serais à l'instant désavoué par tous les chirurgiens. Le traitement a une influence puissante; mais cette influence a des limites, nous ne le savons que trop; et ici particulièrement, je veux examiner l'un après l'autre tous ces perfectionnements dont on fait si grand bruit; cela pourra bien n'être pas sans utilité; mais surtout je veux montrer qu'ils étaient connus et employés fort avant 1849, en sorte qu'on ne saurait, sans fausser l'histoire, leur attribuer les résultats obtenus après 1849.

M. Bouvier en énumère cinq, qui sont :

1° L'emploi de la canule double;

2° L'emploi d'une cravate de laine ou de gaze;

3° La plaie protégée contre le contact du métal;

4° Le rejet des injections caustiques et des écouvillonnements;

5° Une alimentation convenable et des médicaments toniques.

M. Trousseau modifie quelques-unes de ces conditions et en ajoute d'autres. Il réclame donc :

1° Que l'opération soit bien faite;

2° Que la canule double ait un calibre dépassant celui de la glotte;

3° Qu'on emploie une cravate épaisse et non une simple gaze;

4° Qu'on entretienne l'air chaud et humide;

5° Que l'on cautérise la plaie chaque jour, pendant les trois ou quatre premiers jours;

6° Et surtout que l'enfant soit vierge de traitements antérieurs.

Reprenons chacun de ces points en particulier.

1° *Que l'opération soit bien faite*, cela va sans dire; et je ne m'y arrêterais point si je n'avais à relever une petite injustice de M. Trousseau, envers lui-même d'abord, et ensuite envers les chirurgiens. Il nous a dit qu'il opérait *lentement, très lentement;* et il a ajouté : *maladroitement, point chirurgicalement.* Tout le monde sait que M. Trousseau opère à merveille, et de plus qu'il est un de ceux qui ont donné le plus

de précision au manuel opératoire. Mais en procédant avec lenteur, qu'il me permette de le lui dire, il procède selon les vrais principes de l'art. Il y a bien parmi les chirurgiens quelques rares exceptions, qui, par un privilége de nature, opèrent à la fois très vite et très bien ; mais ce sont des exceptions. La grande règle en médecine opératoire est de ne point se presser, et de faire passer la sécurité avant la célérité.

2° *L'emploi d'une grosse canule.* M. Bouvier vous a dit que M. Bretonneau y avait eu recours dès 1825 ; ce n'est donc pas un perfectionnement de la troisième phase.

3° *L'emploi de la canule double.* La canule double n'est guère plus récente ; M. Bretonneau l'avait indiquée et ne s'en était pas servi ; en 1843, M. Trousseau lui-même ne l'employait que pour les enfants un peu grands et les adultes.

M. Trousseau : C'est une erreur ; et je ne sais où vous avez pris cela.

M. Malgaigne : J'ai pris cela dans le *Journal de chirurgie*, année 1843, dans un article dont M. Trousseau avait fourni les éléments, et d'après ce que M. Trousseau avait imprimé lui-même dans le traité de MM. Rilliet et Barthez. Du reste, la plupart des chirurgiens se servaient alors de la canule double, et si M. Trousseau s'en servait aussi, ce n'est donc pas un perfectionnement propre à expliquer les succès de la troisième phase. Il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer la valeur de la canule double ; et si M. Bouvier ne comprend pas qu'elle n'ait pas été adoptée de prime abord, cela est cependant facile à comprendre. Il faut donner à l'air inspiré la plus large entrée possible ; la canule double est naturellement plus étroite que la canule simple. C'est un véritable inconvénient, qu'elle rachète à la vérité par d'autres avantages ; mais enfin, je le répète, on l'employait longtemps avant la troisième phase.

4° *Protéger la plaie contre le métal.* Cela se fait à l'hôpital, en plaçant sur la plaie une rondelle de taffetas ciré ou de diachylon ; un peu de charpie me paraît préférable ; mais ce n'est pas là assurément ce qui peut influer beaucoup sur le résultat.

5° *Cautériser la plaie pendant les trois ou quatre premiers jours.* M. Bouvier avait omis ce précepte ; M. Trousseau l'a rétabli, et avec une insistance telle, que je suis bien obligé de m'y arrêter à mon tour. Eh bien ! messieurs, je suis obligé de déclarer que cette précaution, que ce perfectionnement tant vanté va droit contre tous les principes de la chirurgie. Cautériser la plaie ! et pourquoi faire ? Afin, dit M. Trousseau, qu'elle ne se couvre pas de fausses membranes, ne devienne pas le point de départ de résorption et d'intoxication générale, de gangrène, de phlegmons diffus, d'adénites suppurées, etc. Je comprendrais la crainte de la diphthérite à la surface de la plaie, si vous opériez dans des cas de diphthérite générale ; mais c'est justement là une de vos contre-indications ; et dans tous les cas il serait plus sage d'attendre le mal pour le combattre, que de le prévenir par une thérapeutique pour le moins fort douteuse. Mais vous craignez aussi les phlegmons, les adénites, etc. ; vos cautérisations répétées sont le meilleur moyen d'exciter et de propager l'inflammation dans la plaie et en dehors ; et vous ne trouverez pas, pour les plaies faites par le bistouri, un seul chirurgien qui se comporte de cette manière. Nous avons bien tenté la cautérisation des plaies, en vue d'éviter la résorption purulente ; mais c'était avec des caustiques énergiques ou même avec le fer rouge, pour avoir une eschare épaisse, qui tienne d'abord la plaie à l'abri de tout contact extérieur, puis qui laisse par sa chute une membrane inodulaire complétement organisée, et capable aussi d'une certaine résistance. Mais le nitrate d'argent ne produit rien de pareil ; aussi faut-il que vous le répétiez tous les jours. Et j'insiste là-dessus, parce que l'exemple, plus fort souvent que les préceptes, peut entraîner les meilleurs esprits. J'en citerai un à qui il ne manque qu'un peu d'âge pour être compté au rang des maîtres, M. Broca. Il a aussi employé ces cautérisations de la plaie ; et comme je lui en demandais la raison : « Mon Dieu ! dit-il, parce que je l'avais vu faire. — Fort bien, repris-je ; mais vous êtes un homme d'intelligence ; vous devez chercher à vous rendre compte de ce que vous faites ; eh bien ! avez-vous une indica-

tion, une raison qui vous satisfasse ? — En vérité, non, ajouta-t-il ; c'est à se prendre en pitié soi-même. » A la bonne heure, messieurs, voilà un jugement compétent cette fois, et porté par un vrai chirurgien. Je répète donc que ces cautérisations répétées sont absolument irrationnelles, et plus propres à accroître le danger de l'opération qu'à le diminuer.

5° *Le rejet des injections caustiques et des écouvillonnements.* — Parlons d'abord des injections caustiques. Vous dites que leur rejet date de 1849. C'est une profonde erreur ; elles avaient été rejetées bien avant, et, chose curieuse, par des chirurgiens qui obtenaient beaucoup moins de guérisons que M. Trousseau ; et, chose plus curieuse encore, M. Trousseau en prenait alors la défense avec une vivacité singulière :

« Je sais, disait-il en 1843, que plusieurs de mes confrères ont fait avec bonheur des trachéotomies, en se contentant de changer la canule assez souvent, et d'écouvillonner de temps en temps ; mais j'ai voulu moi-même savoir à quoi m'en tenir sur l'influence des médications topiques. *J'ai traité de suite vingt enfants trachéotomisés sans porter sur la membrane muqueuse de médications cathérétiques, et les résultats ont été si défavorables que j'ai dû revenir à la médication topique, qui m'avait auparavant beaucoup mieux réussi.* »

— M. Trousseau : Je l'ai dit, mais j'ai changé d'opinion depuis, et je n'ai jamais eu recours à la cautérisation depuis 1845.

— M. Malgaigne : Je sais très bien que vous avez changé d'opinion.

— M. Trousseau : C'est l'expérience qui a modifié mes convictions.

— M. Malgaigne : Je ne dis pas le contraire ; mais je me demande comment il se fait qu'en 1843 vous attribuiez les résultats déplorables obtenus dans vingt cas traités sans cautériser à ce traitement, et que depuis vous rapportiez vos succès à la même pratique. Du reste, si M. Trousseau n'employait plus depuis 1845 la cautérisation sous forme d'instillations et d'écouvillonnements, en 1850 il l'employait encore sous

une autre forme; c'était avec un bâton de nitrate d'argent qu'il cautérisait la trachée, *en haut et en bas, aussi loin qu'il pouvait atteindre.*

— M. Trousseau : Je n'ai jamais fait cela de ma vie.

— M. Malgaigne : Je le lis en propres termes dans la thèse d'un de vos internes, M. Letixerant.

— M. Trousseau : Je répète que j'ai cautérisé la plaie avec le crayon de nitrate d'argent, mais la trachée jamais.

— M. Malgaigne : Entre l'assertion de l'interne et la dénégation de M. Trousseau, le doute n'est pas permis; M. Letixerant s'est assurément trompé; et je suis bien aise d'avoir fourni cette occasion de rectifier une erreur imprimée. Mais enfin je reviens : les cautérisations de la trachée avaient été abandonnées dès avant 1843 par d'autres chirurgiens à qui cela réussissait assez mal, et même un moment par M. Trousseau, à qui cela avait réussi plus mal encore; le perfectionnement, si perfectionnement il y a, n'appartient donc pas à la troisième phase.

Mais il n'est pas sans intérêt de s'arrêter sur ce point : est-il bien vrai que ce soit là un perfectionnement? En vérité, messieurs, dans le traitement consécutif il me semble qu'on fait une bien large part à l'empirisme, et qu'on ne regarde guère aux indications. Voici un malade atteint d'angine couenneuse; vous avez peur que la diphthérite ne se propage au larynx; vous vous empressez de cautériser les parties déjà atteintes; c'est là même, pour nombre de praticiens, l'unique moyen de salut; et qui dit cela? C'est M. Trousseau lui-même. Maintenant vous venez de pratiquer la trachéotomie; la trachée est prise, la diphthérite menace de gagner les bronches, et vous vous arrêtez? Je ne comprends pas cela, messieurs; et si la cautérisation est nécessaire pour empêcher la diphthérite de se propager du pharynx au larynx, à plus forte raison l'est-elle pour l'arrêter dans la trachée, au delà de laquelle tout sera perdu sans ressource. Pour moi donc, après l'opération, il y a deux façons de se conduire : ou

bien la trachée est saine, et toute cautérisation serait irrationnelle et dangereuse ; ou bien elle est diphthéritique, et il y a indication positive d'y porter une médication topique.

J'en dirai autant de l'écouvillonnement. Il ne faut pas avoir beaucoup opéré de croups pour savoir que l'un des principaux dangers vient de l'arrêt dans la trachée, soit de fausses membranes, soit de mucus concrété, que l'enfant est impuissant à rejeter au dehors; l'écouvillon est alors l'unique moyen de prévenir l'asphyxie imminente et de dissiper l'asphyxie commencée. Il y a certainement quelque malentendu dans ce que nous avons ouï-dire sur le rejet de l'écouvillonnement; je suis convaincu que l'on s'en sert à l'hôpital comme ailleurs; et le chirurgien qui quitterait son opéré sans avoir laissé à la mère un écouvillon pour s'en servir au besoin, risquerait fort de ne pas retrouver le lendemain son malade.

6° *L'emploi d'une cravate.* — Ici M. Bouvier se contenterait d'une cravate de mousseline ou de gaze; M. Trousseau veut une cravate épaisse qui empêche l'air froid de pénétrer dans les bronches. En effet, messieurs, voilà l'indication; il importe que l'air pénètre à la fois chaud et humide, comme à l'état normal; et c'est aussi pourquoi M. Trousseau recommande avec toute raison d'entretenir *une température chaude et une humidité convenable de l'air.*

Mais ces préceptes excellents, d'où viennent-ils, messieurs? De M. Trousseau et de 1849? En aucune manière. Dès 1834, Gerdy les avait formulés et appliqués; il voulait que la canule *fût toujours recouverte d'une éponge mince, imbibée d'eau tiède, pour que la trachée pût en recevoir l'humidité;* M. Nélaton avait eu la même idée, il doute même si ce n'est pas lui qui l'a communiquée à Gerdy; M. Monod, avec eux, employait une tranche d'éponge sur la canule. Pour moi, je me servais d'une large plaque de flanelle, qui arrive au même but sans nécessiter les mouvements indispensables pour enlever et réappliquer une cravate proprement dite. Pendant ce temps, M. Trousseau soignait ses opérés sans cravate. Et qu'arrivait-il, cependant? M. Monod, M. Nélaton perdaient tous leurs opérés; M. Trousseau avait des succès alors incomparables.

J'approuve donc et j'applique moi-même le précepte de recouvrir la canule d'une couche épaisse de tissu de laine ou autre ; mais voyez combien j'avais raison de dire que le traitement n'a qu'une influence très limitée sur le résultat des grandes opérations! M. Trousseau ignorait ce précepte avant 1849, et il réussissait aussi bien. Donc ce n'est pas non plus à l'observation de ce précepte que sont dus les succès de la troisième phase.

7° Une alimentation convenable, et au besoin des médicaments toniques. Précepte excellent, non pas seulement après la trachéotomie, mais excellent toujours après la trachéotomie. Seulement M. Trousseau l'avait établi dès 1834 ; il n'était donc pas nouveau en 1849, et n'appartient pas plus que les autres à la troisième phase.

8° Enfin, dernière condition, c'est que l'opéré soit vierge de tout traitement médical. Oui, messieurs, voilà le dernier mot, le grand mot, celui qui à mon sens explique, non pas tous les succès, mais le plus grand nombre des succès. Je disais, dans mon premier discours, que je craignais qu'à l'hôpital des Enfants il n'y eût eu un certain nombre d'opérations prématurées, pratiquées avant que l'indication fût bien formelle, la nécessité bien reconnue; j'en accusais peut-être un peu d'inexpérience, un peu de précipitation de la part des internes. J'avais tort; vous avez ouï les principaux chefs de service déclarer devant vous qu'ils étaient solidaires. Oui, c'est la vérité, il y a une solidarité incontestable; seulement je ne la place pas où ces messieurs la placent.

Ils paraissent unanimes pour prétendre que toutes les opérations ont été faites sous la pression d'une indication positive, et lorsque la médecine était devenue impuissante; et ils l'affirment, non-seulement pour les dernières années et pour leurs propres services, mais pour tout le temps écoulé depuis et y compris l'année 1850, et pour des services auxquels ils étaient étrangers.

« En 1850 et 1851, nous ont dit MM. Roger et Sée, toujours on commença (comme tous les médecins de l'hôpital le font encore à présent) par épuiser les ressources du traitement

médical.... Dans les 39 observations que nous avons résumées..., dans tous les cas l'indication de la trachéotomie était formelle, et chez tous les malades il y avait, *non pas imminence seulement, mais commencement d'asphyxie.* »

Singulier exemple, messieurs, de ce que peut produire une préoccupation fortement imprimée! Sur ces 39 trachéotomies, pratiquées à la deuxième période, il y en a 16 empruntées à M. Letixerant; et M. Letixerant, qui les a recueillies, qui a quelquefois opéré lui-même, déclare que dans ces 16 cas il y avait *peu ou point d'asphyxie!* La lecture seule de quelques-unes de ces observations aurait suffi pour éclairer tout esprit non prévenu; afin d'éviter à cette tribune une discussion longue et fastidieuse, j'avais essayé d'en conférer avec M. Roger d'abord; mais M. Roger est un lion dans la discussion; je n'ai pu rien obtenir de lui, et j'ai été obligé de me retirer avec perte. M. Sée, que j'ai vu ensuite, s'est montré beaucoup plus traitable; il a reconnu que ce passage de leur lettre commune était trop absolu : « Pour moi, m'a-t-il dit, sur ces 16 cas il y en a 4 au moins, et peut-être bien 2 autres encore, où je n'aurais pas opéré, et j'en ai trouvé pareillement dans les observations de M. Millard. — A merveille! M'autorisez-vous, M. Sée, à reproduire cette déclaration devant l'Académie? — Oh! non, fit-il; dans quelle position me mettriez-vous devant M. Roger? — Cela ne me regarde pas, repris-je; et dans une question de science, je n'admets pas qu'une petite considération personnelle autorise à maintenir exacts en public des faits que l'on reconnaît inexacts en particulier. » M. Sée a compris ce langage; et avec une haute loyauté il m'a autorisé à reproduire devant l'Académie sa déclaration, qui est pour moi, je le déclare, d'un très grand poids. Ce n'est plus moi, messieurs, qui avoue qu'il y a eu à l'hôpital des Enfants des opérations prématurées; c'est un des chefs de service; le faisceau commence à se dénouer. « Mais, me disait encore M. Sée, qu'importe au résultat statistique? Sur ces enfants qu'on a opérés peut-être de trop bonne heure, il y a eu deux morts au moins; la proportion générale restera la même. » Laissons pour un moment de côté la statistique; voici des opérations qui n'étaient pas indispensables, et qui ont amené des morts;

l'Académie comprendra, sans que j'y insiste, toute la portée d'un pareil fait.

Il y a donc eu à l'hôpital des opérations prématurées ; et maintenant à qui doit en remonter la responsabilité? C'est ici, messieurs, qu'il faut rétablir l'histoire réelle de la trachéotomie, en opposition avec l'histoire un peu fantastique qu'en a tracée M. Bouvier. Je ne m'arrêterai pas sur ce qu'il a appelé la première phase, où tous les opérés succombaient ; je prends la trachéotomie à partir de 1825.

De 1825 à 1849, nous a dit M. Bouvier, on observe des résultats très divers ; mais les revers dominent. C'est une erreur. Il y a la première partie de cette période où les revers dominent, où M. Trousseau lui-même ne sauve que 1 opéré sur 10 ; cela va jusqu'en 1834. A partir de 1834, les chirurgiens de Paris, soit dans les hôpitaux, soit en ville, éprouvent des revers à peu près constants ; j'ai déjà rappelé les chiffres produits à l'Académie même en 1839, alors que Roux, Blandin, Amussat, M. Velpeau comptaient ensemble 21 morts sur 26 opérés (1) ; en 1843, on n'avait pas gagné grand'chose ; en réunissant les faits connus, en dehors de la pratique de M. Trousseau, je suis arrivé à un total de 81 opérations, donnant 74 morts, ou plus des dix-onzièmes ; et parmi ces chiffres prennent place les résultats de M. Guersant fils, qui sur 27 opérés n'avait encore sauvé que deux enfants ; enfin en 1849, à l'hôpital, selon le rapport de M. Trousseau lui-même, 49 opérations avaient donné 48 morts.

Mais à côté de ces séries désastreuses, comparez les résultats de M. Trousseau. Après avoir perdu 9 opérés sur 10, il ouvre une série triomphale de 17 opérés, dont il a sauvé 7. Et cela ne s'arrête pas là ; en dépit de la première série, en dépit de cette autre série que j'ai mentionnée de 20 opérés traités sans cautérisations, et qui avait donné des résultats *si déplorables*, en 1843 il comptait 28 guérisons sur un total de 117 opérations. Otez les 30 opérés des séries malheureuses, sur lesquels il avait eu 27 morts, il restera 87 opérations, 25 guérisons, près de 30 pour 100.

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. III, p. 915.

Et cependant, messieurs, c'était le même habile praticien, le même opérateur ; il employait les cautérisations et les écouvillonnements, jugés aujourd'hui si défavorables ; il n'employait pas la cravate si propice ; il n'avait pas encore imaginé les cautérisations successives de la plaie extérieure. Où donc est le secret de ses succès ? Où donc le secret de ses revers ?

Le secret de ses premiers revers, le voici ; il opérait tardivement, à la dernière heure, au delà même de la dernière heure ; car, dans ses 10 premiers opérés, il compte 3 enfants qui étaient morts lorsqu'il les trachéotomisa, et qui, bien entendu, n'en sont pas revenus. Ce n'est pas moi, messieurs, qui les ai introduits dans cette statistique, et vous allez voir dans un moment qu'il n'était pas inutile de les mentionner.

Mais les succès de la deuxième série ? Sur ce point, écoutez M. Trousseau lui-même : nous sommes en 1834 :

« Ce que je vais dire maintenant, je le dirai avec la plus profonde conviction,... il faut opérer le *plus tôt possible.* »

Qu'est-ce qu'on pourrait opposer ?

1° *D'autres médications peuvent enrayer la marche de la maladie ?* « ... Lorsque les fausses membranes se sont propagées dans le larynx, je déclare que je n'ai pas vu une seule fois dans ma vie (et j'ai vu beaucoup de croups), je n'ai pas, dis-je, vu une seule fois le malade ne pas périr. »

2° *Le danger résultant de l'opération ?* « L'opération, en elle-même, n'a rien de dangereux ; les suites sont celles d'une solution de continuité faite par un instrument tranchant, c'est-à-dire qu'elles n'ont aucune espèce de gravité. »

3° *La crainte d'une erreur de diagnostic ?* « Si l'enfant n'a qu'une angine striduleuse, l'opération, qui en elle-même n'a aucun danger, ne l'empêchera pas de guérir ; si l'enfant à vraiment le croup, la trachéotomie pourra le sauver. »

» *Donc il faut pratiquer la trachéotomie dès que la diphthérite laryngienne est constatée* (1). »

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, septembre 1834.

En 1835 même doctrine ; il insiste même davantage :

« L'*expérience* m'a prouvé, dit-il, qu'on ne perdait pas plus de 1 malade sur 10, quand on opérait lorsque la fausse membrane était encore dans le larynx, tandis qu'on en sauve à peine 1 sur 10 quand on opère chez des enfants dont les bronches sont déjà revêtues de concrétions pelliculaires (1). »

L'expérience ! grand mot, qui ne pouvait manquer de faire impression sur ses lecteurs. Or, l'histoire sera obligée de le dire, messieurs, M. Trousseau s'attachait ici beaucoup plutôt à frapper fort qu'à frapper juste, et l'expérience ne lui avait rien prouvé de semblable. Il avait bien eu sa série de 10 opérations pour 1 guérison, mais là se retrouvent les 3 cadavres, qui, de bonne foi, ne sauraient être admis dans une statistique de ce genre. Quant aux séries où il aurait guéri 9 malades sur 10, cette chance inouïe n'est encore échue ni à lui ni à personne ; lui-même, en 1855, après avoir rendu compte de 9 opérations nouvelles qui n'avaient donné que 2 morts, confessait que c'était *la plus forte proportion qu'il eût jamais obtenue* (2) !

Enfin sonne l'année 1849 ; il fait son entrée à l'hôpital des Enfants, et à l'instant, dit M. Bouvier, *tout change de face*. Qu'apportait donc M. Trousseau, pour opérer ce miracle ? C'était un praticien expérimenté : l'hôpital avait Guersant père ; c'était un opérateur habile, il y rencontrait M. Guersant fils. Des prétendus perfectionnements du traitement consécutif, tout avait été essayé auparavant, soit par d'autres, soit par lui, et quelquefois malgré lui.

Ce qu'il apportait à cet hôpital, c'était bien plus qu'un homme, c'était un principe, c'était une idée ; et les idées gouvernent le monde. Cette idée, c'était celle-ci : *opérer dès que le croup est reconnu, opérer le plus tôt possible*. Et faites-y bien attention : pendant les deux pleines années de son exercice, en 1850 et 1851, à l'hôpital, il dépasse les proportions

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. IX, 1835, articles CROUP (*Trachéotomie dans le*).

(2) *Archives générales de médecine*, mars 1855.

de guérisons qu'il avait eues en ville jusqu'alors, il sauve plus du tiers de ses opérés, 18 sur 51. Est-ce assez? Non; l'année 1850 avait commencé d'une manière désastreuse; 10 opérés n'avaient donné que 1 seule guérison; c'est alors qu'il prend le bistouri, et dans les dix-huit mois qui suivent, il y aura 17 guérisons pour 41 opérations. Cela n'a pas été remarqué, messieurs, je le remarque. Suis-je en mesure cependant d'en donner l'explication? Je suis en mesure.

C'est que, messieurs, ce n'est pas tout encore que d'apporter une idée; il faut du temps pour qu'elle soit acceptée, pour qu'elle s'impose. Jusque-là, les services fonctionnaient à l'ordinaire, on épuisait d'abord le traitement médical; peut-être même l'effroi d'une opération jusque-là désastreuse faisait-il attendre un peu trop tard; et, comme je viens de le dire, en 1850, on commença par perdre 9 opérés sur 10. Il fallait frapper un grand coup; pour la 11e malade, M. Trousseau se chargea de l'opération. L'observation vaut la peine d'être reproduite.

Il s'agissait d'une jeune fille de six ans et demi, entrée dans son service à neuf heures du matin. *Point de fausses membranes ni sur le voile du palais, ni sur les amygdales, nulle part enfin*; seulement de temps en temps des accès de suffocation. Il y avait là trois internes :

« Pour nous trois, dit M. Letixerant, la malade présente les signes *rationnels* du croup. M. Trousseau diagnostique également un croup, *quoiqu'il n'ait point trouvé de fausses membranes et qu'on n'ait pu savoir si la malade en avait rendu.* M. Trousseau nous fait remarquer que ce croup n'est pas encore très avancé, mais que, les accès de suffocation revenant fréquemment, il est certain que l'indication d'opérer se présentera dans trois ou quatre heures; et comme il ne peut revenir, qu'il sait quel temps précieux l'on perd en allant chercher le chirurgien de l'hôpital, il se décide à opérer de suite, *en insistant fortement sur ceci : que, dans la pratique civile, on n'obtiendrait jamais des parents l'autorisation d'opérer aussi vite.* »

Ainsi, entrée à neuf heures, l'enfant est opérée à dix; on

n'aperçoit nulle part de fausses membranes. Les trois internes, de retour à la salle de garde, commencent à douter si, malgré les signes rationnels, c'était bien un vrai croup. La journée se passe, point de fausses membranes. Enfin, le lendemain, une fausse membrane est rendue, et les internes soulagés s'écrient : *Le croup dès lors n'est plus douteux pour nous!* Admirable diagnostic, porté avec certitude le lendemain de l'opération. L'enfant guérit. A partir de ce moment, les internes furent subjugués. C'eût été peu encore : mais M. Trousseau, d'accord avec ses collègues, avait fait adopter par l'administration un article de règlement qui conférait aux internes le droit d'opérer en l'absence des chefs de service ; innovation heureuse d'ailleurs, je le reconnais, mais heureuse surtout lorsqu'on en fait un légitime usage. C'est ainsi que, M. Trousseau prêchant ses doctrines, les internes désormais pleins de zèle pour les appliquer, c'est ainsi que se succédèrent sans interruption les beaux succès de 1850 et 1851.

Mais ceci n'est-il pas un tableau fantastique, et d'abord M. Trousseau professait-il toujours son ancienne doctrine? A cet égard, vous l'avez entendu lui-même; voici le témoignage de M. Letixerant :

« Depuis 1835, M. Trousseau, qui compte de nouveaux succès et n'a pas changé d'opinion, résume en ces termes l'époque à laquelle on doit faire l'opération : *dès que la diphthérite laryngienne est constatée* (p. 30). »

Mais alors il n'y aura donc plus de traitement médical? Il n'y en aura plus.

« A l'hôpital des Enfants, on se contente maintenant d'essayer quelque vomitif, ou de prescrire le traitement de Miquel, *quand le diagnostic n'a pu encore être parfaitement établi.* »

Mais quoi? les autres chefs de service s'étaient-ils donc rendus à la parole de M. Trousseau; et comme on peut affirmer le contraire, comment ne contre-balançaient-ils pas les tendances nouvelles? Hélas! messieurs, on vous l'a dit, les chefs de service ne sont guère présents que deux heures par jour à l'hôpital; tout le reste du temps appartient aux doc-

trines qui auront séduit les internes. Aussi M. Letixerant, témoin et acteur, ne se trompe pas à cet égard : c'est bien de l'arrivée de M. Trousseau que datent les succès de la trachéotomie : « *Mais ce qui me semble surtout important*, ajoute-t-il, *c'est qu'on ne diffère plus si longtemps l'opération, que les internes pratiquent maintenant quant ils le jugent convenable.* »

Voilà pour 1850 et 1851. En 1852, M. Trousseau va quitter l'hôpital pour l'Hôtel-Dieu ; l'influence directe du maître sera moins forte ; la proportion des succès décline. Et, pour le dire en un mot, jamais jusqu'à présent, à l'hôpital des Enfants, la trachéotomie n'a retrouvé les beaux jours de M. Trousseau.

Cependant, M. Trousseau absent, est-il possible de suivre encore, à l'hôpital qu'il a quitté, la filiation de ses doctrines ? En 1853, M. Bataille expose l'opinion de M. Guersant fils, qui veut attendre, pour opérer, que la suffocation soit continue, et il prend parti pour M. Trousseau. Puis un long intervalle ; les thèses nous manquent jusqu'en 1857 ; mais alors, voici M. André qui déclare que la plupart des enfants opérés en 1856 l'ont été *presque immédiatement après leur entrée*. Il plaint les médecins du dehors, arrêtés par la pusillanimité des parents ; les internes sont dans des conditions meilleures près de leurs malades : « *Une fois qu'ils sont admis*, dit-il, *nous avons les coudées franches et nous opérons sans attendre l'agonie.* » Je loue fort cette dernière phrase ; il est à présumer que M. André n'a pas attendu beaucoup, car seul entre tous ses collègues comme entre tous les chirurgiens, il a opéré 7 enfants et en a sauvé 6.

Vous vous souvenez d'ailleurs de cette lettre lue ici par M. Trousseau, et qui lui avait été adressée par M. Lefèvre, médecin fort distingué, que j'ai l'honneur de connaître. M. Lefèvre s'est rangé complétement de l'avis de M. Trousseau ; il regarde tout traitement *comme au moins inutile*, et il se réjouit que son opinion ait été partagée par les chefs de service, puisque ses 7 malades, envoyés sans aucun traitement à l'hôpital, y ont été *opérés immédiatement*.

Enfin, en 1858, M. Millard, dont j'ai déjà eu à louer la thèse

remarquable, proclame que l'on est *à peu près d'accord* sur la période où il faut opérer. «*Plus tôt la trachéotomie est pratiquée, plus elle a de chances de succès*, — et *en effet c'est la deuxième période, quand nous avons été maître de choisir, qui nous a procuré comme toujours le plus grand nombre de guérisons.* »

Maintenant, messieurs, vous avez tout le secret des succès de l'hôpital : opérer le plus tôt possible, avant tout traitement, à la seconde période, dès que le diagnostic est établi, quelquefois même avant qu'il soit établi ; opérer sans être arrêté par la pusillanimité des parents, et plus tôt qu'il ne serait possible de le faire en ville. Certes, dans de telles conditions, l'opération aura toujours beaucoup plus de chances, mais est-elle légitime? voilà la question.

A la vérité, M. Bouvier m'arrête ici ; j'ai mal compris les expressions de M. Millard, en ce qui touche la deuxième période, et il y a là quelque logomachie; depuis longtemps, à l'hôpital des Enfants, on n'emploie plus ce langage. Quand M. Millard a parlé de la *seconde période*, il a parlé d'une seconde période imaginaire, ou du moins nouvellement imaginée, expliquée d'ailleurs par la description qu'il en a donnée. Déjà M. Bouvier a été repris par son allié M. Trousseau, qui entend bien, lui, conserver la deuxième période comme il l'a toujours entendue, comme l'entendait Guersant avec lui. Je pourrais remarquer aussi que M. Millard n'a prétendu rien innover, et n'a élevé aucune réclamation à cet égard ; mais que m'importe? je veux seulement avertir M. Bouvier que la description de M. Millard se rapporte trait pour trait à la description de Guersant, que c'est bien le début du croup vrai, du croup laryngé, qui fait le début de cette seconde période, et que M. Millard est un disciple très fidèle des doctrines de M. Trousseau. S'il y a donc quelque logomachie, elle est du côté de ceux qui prétendent rejeter le langage usuel de la science, avant d'y en avoir substitué un autre; et pour moi, ce qui m'importait, c'était de montrer les doctrines de M. Trousseau en vigueur à l'hôpital des Enfants, transmises par une succession constante et fidèle aux internes qui se sont

succédé de 1850 à 1858, triomphantes en dépit de ce que les chefs actuels pouvaient en penser, triomphantes jusqu'au jour où je les ai attaquées à cette tribune.

Qu'il en ait été ainsi, un débat tout récent à la Société de chirurgie nous en a apporté une preuve nouvelle et irréfragable. M. Guersant, exposant les indications de la trachéotomie, voulait qu'on la réservât pour la troisième période, quand la suffocation est continue. M. Bouvier demanda comment M. Guersant, avec une telle doctrine, approuvait les trachéotomies faites par ses internes avant cette troisième période. M. Guersant, dit-on, s'est trouvé quelque peu embarrassé; je le crois volontiers. En fait, messieurs, c'est que les chefs ont leurs doctrines, et que les internes en suivent une autre; c'est qu'ils ne sont pas plus les élèves de M. Guersant que de M. Bouvier; ils sont, ou du moins ils étaient encore naguère les disciples de M. Trousseau.

Et comment en eût-il été autrement, messieurs? Une doctrine ne cède jamais la place qu'à une autre doctrine; une idée qu'à une autre idée. Encore pour cela faut-il qu'il y ait lutte, que l'idée nouvelle se pose, se développe largement en face de l'idée ancienne; qu'elle la repousse, qu'elle la renverse par des raisons supérieures. Eh bien! je demanderai volontiers aux chefs de service de l'hôpital des Enfants, je le demanderai surtout à M. Bouvier, qui se vante de les représenter ici; où sont vos doctrines, où sont vos idées? Où sont vos débats, où sont vos luttes? M. Bouvier nous a fait entendre que les médecins connaissent mieux le croup que les chirurgiens. J'avais fait, à cet égard, un aveu qui aurait pu m'éviter cette sorte d'apostrophe; mais, en vérité, je ne suis pas aussi convaincu de mon ignorance aujourd'hui que je l'étais hier. Je ne connais pas, il est vrai, les idées de M. Bouvier sur le croup; mais où aurais-je pu les apprendre? Il ne les a consignées nulle part; il n'en a dit mot, même à ses internes; car, dans ces thèses que j'ai si souvent citées, et qui, malgré quelques imperfections, font l'honneur de l'hôpital des Enfants, les doctrines, les idées, le nom de M. Trousseau reviennent à chaque page; les doctrines, les idées, le nom de

M. Bouvier, jamais. Et, de fait, ne l'avons-nous pas vu l'autre jour cherchant de tous côtés des doctrines au profit de sa cause, s'adresser à Valleix, à M. Grisolle; et même, il fallait donc qu'il fût dans une détresse bien profonde! en demander à M. Bouchut. Puis, non content des maîtres, il s'adresse à ses internes; oui, messieurs, ce qui ne s'était jamais vu jusqu'ici, voici un chef de service qui demande à ses internes quelles sont les doctrines qu'on suit dans son hôpital! Mais vous pensez peut-être que c'est là une simple formule; que les internes se sont empressés de répondre : « Cher maître, nous suivons les doctrines que vous nous avez inculquées; vous êtes la tête, nous sommes la main, *et cætera.* » En aucune façon : les internes ont pris leur rôle beaucoup plus au sérieux; ils se sont réunis, au nombre de sept, comme les sept sages; ils ont soigneusement concerté leur réponse, et voici comment ils débutent :

« Vous avez fait aux internes de l'hôpital des Enfants l'honneur de leur poser les questions suivantes, etc.... Voici les réponses que les internes de l'hôpital des Enfants ont l'honneur de vous faire relativement à ces questions. »

Après quoi ils édifient une doctrine toute nouvelle, et sur les périodes du croup, et sur les indications de la trachéotomie, doctrine, à mon avis, très belle, très digne d'éloges dans presque toutes ses parties, et à l'édification de laquelle, s'il m'est permis de le dire, la discussion actuelle n'aura pas été étrangère. Seulement, ce qui est étrange, c'est que ce qu'il y a de plus tranché, de plus net, de plus caractéristique dans cette doctrine, on ne nous l'a pas communiqué; vous ne le lirez pas dans le *Bulletin de l'Académie*; sans l'heureuse indiscrétion des journaux, nous ne l'aurions point connu. Voici ce passage, si malheureusement retranché :

« Il importe de diviser le croup en trois périodes :

» 1° Une première période, ou de *croup confirmé;* 2° une deuxième période, ou de *dyspnée progressive*, avec accès de suffocation et asphyxie commençante; 3° une troisième période, ou d'asphyxie confirmée.

» 1° Dans la première période, le larynx étant envahi par

la fausse membrane, la voix et la toux se voilent, puis s'éteignent ; la dyspnée est peu marquée encore, et l'état général assez satisfaisant.

» *Dans cette première période, il n'est jamais question et il ne peut pas être question de pratiquer la trachéotomie.* »

A la bonne heure, voilà une déclaration de principes virile et magistrale ! Par là, messieurs, se trouve consacrée la rupture complète entre le passé et l'avenir ; désormais on saura à quoi s'en tenir sur les périodes du croup ; désormais la fameuse formule de M. Trousseau, *opérer dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx*, se trouve rejetée et répudiée.

« Dans cette première période, *il n'est jamais question et il ne peut pas être question de pratiquer la trachéotomie !* »

Tel est le premier article de la charte des internes de l'hôpital des Enfants ; pour mon compte, je le répète, j'y applaudis de toutes mes forces. Il dessine clairement les situations ; il fait cesser ce triste malentendu, qui, dès le début, couvrait tout ce débat d'une ombre périlleuse, qui réunissait M. Blache et M. Trousseau dans la rédaction d'un rapport où chacun sacrifiait un peu de sa pensée pour ne pas heurter l'autre ; qui faisait dire à M. Bouvier, en parlant des neuf années écoulées à commencer par 1850, *nos doctrines, nos opérations, nos succès.* Tout cela doit cesser désormais ; depuis neuf ans, les doctrines, les opérations, les succès appartenaient, pour la plus grande part, à M. Trousseau ; d'aujourd'hui seulement commence une ère nouvelle ; la révolution est consommée.

Seulement, messieurs, je crains que, comme dans toute révolution, on ne soit allé un peu trop loin ; et moi qui, jusqu'à présent, n'ai pris la parole que contre l'extension abusive donnée à la trachéotomie, je me trouve obligé de changer de rôle, et de protester contre des restrictions périlleuses proposées à l'emploi de l'opération. Dans la déclaration de principes des internes, on lisait, et cela a été lu à cette tribune :

« *Les internes de l'hôpital des Enfants n'opèrent jamais les enfants au-dessous de deux ans.* »

Dans le *Bulletin* cela a été modifié, et on lit : *n'opèrent que*

bien rarement, ce qui n'offre pas un sens parfaitement net. Est-ce une rectification des internes eux-mêmes? Est-ce une correction étrangère? Je ne saurais le dire. Mais, messieurs, si meurtrière que soit la trachéotomie sur les enfants de deux ans et au-dessous (et elle est incomparablement plus meurtrière qu'à tout autre âge), sommes-nous en droit de la rejeter? Elle a réussi déjà plusieurs fois; c'est assez, en face d'une mort autrement inévitable, pour que le chirurgien ne doive pas refuser à un enfant, à une famille, la triste et dernière chance qui lui reste. De cette façon, je le sais, on aura des statistiques moins favorables, question délicate que j'aborderai dans un instant.

Je ne suis pas non plus satisfait de cette autre détermination, qui rejette l'opération dans la *diphthérite généralisée*. Non que l'indication ainsi formulée, éclairée surtout par ces autres mots : quand il y a *intoxication manifeste*, ne soit très juste et absolument impérative; mais il faudrait dire à quels signes précis se reconnaîtra cette généralisation. Car lorsque avec la diphthérite laryngienne coïncide la diphthérite des narines, et même chez les petites filles la diphthérite vulvaire, cela n'implique pas une contre-indication suffisante; on a opéré, on a réussi dans des cas de ce genre; il faut donc mieux préciser la véritable contre-indication.

Il y a un autre point sur lequel j'appellerai également l'attention de l'Académie. M. Bouvier nous a dit d'un air triomphant que l'hôpital Sainte-Eugénie a recueilli aussi le fruit des perfectionnements du traitement consécutif après l'opération; que M. Barthez avait sauvé 1 opéré sur 6, et que sur une série de 16 opérés, en 1855, on en avait sauvé 4. Quelle tendance périlleuse à rechercher ainsi les petites séries exceptionnelles! J'ai là le recensement des trachéotomies pratiquées à l'hôpital Sainte-Eugénie en 1858, avec les résultats du 1er janvier au 31 décembre; sur 116 opérations, il n'y a eu que 19 guérisons : c'est 1 sur 6. Et précisément, dans ces derniers mois, où les renseignements sur le traitement consécutif ne leur ont pas manqué, du 15 octobre au 31 décembre, le croup ayant pris un caractère plus grave (car il faut aussi

tenir compte du génie variable de la maladie), les médecins de l'hôpital Sainte-Eugénie n'ont sauvé que 3 enfants sur 42 opérés.

Mais, dit M. Bouvier, M. Barthez en aurait sauvé bien davantage si, selon ses propres expressions, il n'eût souvent appliqué l'opération à des enfants qui, « *par la forme de la maladie et par leur âge, étaient, pour ainsi dire, condamnés à mourir.* » Il est besoin, messieurs, de rétablir un peu les faits.

Devant la Société médicale des hôpitaux, M. Barthez, cet esprit si droit et si sincère, exposait ses tristes résultats, et, le comparant avec les résultats tout autrement favorables de l'hôpital des Enfants, il en recherchait la cause. Or, il était frappé du grand nombre des enfants atteints du croup qui mouraient sans opération dans ce dernier hôpital ; il se demandait si l'on ne choisissait pas les malades qui offraient le plus de chances, en abandonnant les autres, et si ce n'était pas le secret de ces statistiques si favorables. Pour moi, je pense qu'il y a une autre cause, que j'ai dite ; mais il se pourrait bien que le triage des sujets y ait aussi sa part. Car savez-vous ce qui fut répondu par M. Gillette, l'un des chefs de service de l'hôpital des Enfants ?

« Je regrette que M. Barthez semble soulever une opposition entre la manière de faire dans les deux hôpitaux d'enfants, relativement à la trachéotomie ; *il faudrait mettre cette question de côté.* »

Et en effet, messieurs, la question a été mise de côté. Mais que dirai-je à mon tour d'une pareille réponse : *il faut mettre cette question de côté !* Et pourquoi donc ces réticences, et à qui donc peuvent-elles servir ? Ce n'est pas aux malades sans doute ; ce n'est pas non plus à la science. Il faut poser bien haut cette question, et demander qu'elle soit résolue. Ainsi que le disait si judicieusement M. Barthez, il y a deux façons d'envisager et de pratiquer la trachéotomie : l'une au profit de la statistique, et afin d'avoir une plus grande proportion de succès ; l'autre au profit des malades ; et alors on les opère tant qu'il leur reste quelques chances, si faibles que soient ces chances, et assurément au détriment de la

statistique. C'est la règle que doit suivre tout chirurgien consciencieux, c'est la règle que nous suivons en ville; et, je le répète, il se pourrait bien que cela expliquât aussi en partie la proportion plus grande de nos revers. S'il en était ainsi, messieurs, si, sans contre-indication formelle et absolue, uniquement pour la plus grande gloire de la statistique, on refusait le bénéfice de l'opération à des malades trop compromis, ah! vos succès seraient achetés trop cher; et je répéterais encore une fois : *Caveant Consules!*

J'ai dû signaler ce point; comme vous voyez, il a son importance; mais enfin, c'est une pratique qui n'a jamais osé s'ériger en doctrine, et ce sont surtout les doctrines que je combats. Pour en finir avec celle de M. Trousseau, il me reste à examiner les raisons sur lesquelles il s'appuie, afin que le débat soit complet.

La première était l'innocuité de la trachéotomie, opération, disait-il, sans danger par elle-même; et j'ai regretté de voir cette opinion répétée par M. Grisolle dans le passage de son livre qu'on vous a cité, et répétée encore par M. Piorry à cette tribune. Je l'ai déjà combattue; et dans son dernier discours, vous avez ouï M. Trousseau, avec une loyauté qui l'honore, confesser qu'il s'était trompé. Il admet donc aujourd'hui que la trachéotomie a ses dangers; mais il pense que je les ai exagérés; il en a apporté deux preuves : premièrement, ce qui se passe dans les hospices d'aliénés, où l'on voit si souvent, a-t-il dit, de ces malheureux se couper la gorge, et la plupart arriver à la guérison; secondement, un relevé donné par M. Oppitz, de 96 trachéotomies pratiquées pour des corps étrangers dans les voies aériennes, avec une proportion de 73 guérisons. Cela fait cependant 23 morts sur 96, environ le quart; mais il essaye d'atténuer la gravité du fait en notant que plusieurs de ces trachéotomies ont été faites contre toutes les règles, et que dans d'autres, les corps étrangers étant logés dans un point inaccessible, la mort ne devait plus être rapportée à l'opération. Et je réponds à mon tour que ce relevé a été construit avec des observations isolées, publiées çà et là dans les journaux de médecine; que

l'on publie beaucoup plus volontiers les cas de succès que les cas de revers, et que l'expérience nous a appris, à nous chirurgiens, à nous méfier beaucoup des proportions ainsi obtenues. Pelletan a donné la série complète des opérations de ce genre qu'il avait eues à pratiquer, et je ne pourrais en citer d'autres; sur 5 opérés, il a eu 2 morts. Ce serait donc se montrer bien facile que d'accepter la proportion indiquée par M. Oppitz; et cependant une mortalité d'un quart, savez-vous ce que c'est, messieurs? C'est la proportion que donne dans les hôpitaux de Paris l'amputation de l'avant-bras; c'est la proportion de la mortalité de la taille chez les sujets au dessous de cinquante ans.

Quant aux aliénés qui se coupent si souvent la gorge et qui guérissent si bien, je désirerais que M. Trousseau, lorsqu'il veut citer des cas de chirurgie, prît la peine de se renseigner près de M. Nélaton, son collègue dans la commission. D'abord il n'est pas exact de dire que ces accidents sont communs dans nos hospices; je puis en parler, j'ai été plusieurs années chirurgien de l'hospice de Bicêtre, et, grâce au ciel, la chose est fort rare. Mais, quant aux résultats, je n'aurais pas osé les opposer à M. Trousseau, tant ils sont lamentables, attendu que la surexcitation nerveuse de l'aliéné peut y jouer un trop grand rôle. Voici ceux qu'a notés Dieffenbach, dans un travail spécial, et qui contient la série la plus nombreuse de faits que nous possédions.

Sur 19 suicides qui avaient tenté de se couper la gorge et qui ne s'étaient fait que des plaies superficielles, Dieffenbach a compté 5 morts, et il ajoute qu'il en a vu beaucoup d'autres.

Sur 5 autres qui s'étaient ouvert la gorge au-dessus de l'hyoïde, 2 morts;

Et enfin, sur 7 qui s'étaient coupé le larynx et la trachée, 7 morts!

Sans m'arrêter à ces faits désastreux, d'où vient donc que la trachéotomie est si grave en elle-même? Cela n'a pas encore été dit, et cela vaut la peine de l'être. On s'en fait une idée si bénigne en considérant les tissus qu'elle divise, la

peau, du tissu cellulaire, des cartilages, une muqueuse: qu'y a-t-il là de si redoutable? C'est ainsi que Pelletan considérait l'opération de la hernie étranglée: de la peau, du tissu cellulaire, une séreuse; et Pott, d'après des considérations du même genre, déclarait que l'opération de la hernie étranglée ne donnait pas plus de 1 mort sur 50! Nous sommes bien revenus de ces illusions. La taille aussi ne divise que la peau, des tissus fibreux ou musculaires, et une muqueuse; et l'on sait quelle est la mortalité de la taille. Or, la trachéotomie, messieurs, ce n'est pas autre chose que la taille de la cavité pulmonaire; cavité qui se prolonge jusqu'à la glotte, comme la vessie jusqu'à son col; et peut-être, je dis peut-être à cause du petit nombre de faits, cela explique-t-il que les plaies sus-hyoïdiennes par une main suicide soient moins graves que celles qui siégent plus bas. Vous ouvrez donc cette cavité, soumise dès lors à toutes les chances de l'inflammation traumatique; et voilà comment les pneumonies consécutives, que vous regarderiez volontiers comme étrangères à l'opération, sont la conséquence directe et fatale de l'opération. Je ne veux pas dire que la mort ne puisse arriver par d'autres causes, ne fût-ce que par la propagation de la diphthérite dans les bronches; je dis que, comme la cystite est l'accident le plus commun après la taille, la pneumonie est l'accident le plus commun après la trachéotomie, et celui qui détermine le plus grand nombre des morts.

Voilà ce qui vous menace quand vous opérez sur une trachée saine; que sera-ce sur une trachée déjà enflammée! Une des raisons allégués par M. Trousseau en faveur de la trachéotomie préventive, c'est qu'une erreur de diagnostic même est insignifiante: si l'enfant a le croup, la trachéotomie le sauvera; s'il n'a qu'une laryngite striduleuse, elle n'empêchera pas la guérison. Quelle erreur, messieurs! Ah! nous savons trop bien, nous autres chirurgiens, quelle différence il y a à porter le couteau sur un organe sain ou sur un organe enflammé; et tenez, le trépan est toujours une opération grave; mais quand il est pratiqué pour une carie du crâne, le cerveau étant sain, on en réchappe le plus souvent; au

contraire, pour une plaie de tête grave, le cerveau étant ou enflammé ou déjà menacé de l'être, sur 16 opérations de trépan pratiquées dans un espace de six années dans tous les hôpitaux de Paris, j'ai compté 16 morts ! L'expérience, d'ailleurs, a suffisamment montré le péril de la trachéotomie dans la laryngite striduleuse ou le faux croup. En 1851, M. Trousseau lui-même a commis une erreur de ce genre ; l'opéré est mort. J'avais cité une pareille erreur empruntée à la thèse de M. Millard ; on m'a répondu que l'erreur appartenait à M. Blache, soit ; ce n'était pas de celle-là que je voulais parler, et il y en a une autre où M. Blache n'était pour rien : les deux opérés sont morts !

Que personne donc, messieurs, ne se fasse désormais illusion ; l'illusion n'est plus permise à cette heure. La trachéotomie, par elle-même, est déjà une des opérations les plus graves de la chirurgie ; dans le croup ou le faux croup, elle n'est guère dépassée, pour la mortalité, que par le trépan et l'opération césarienne. Qu'on y ait recours, cependant, en cas de nécessité, je l'accorde ; mais qu'on la prodigue, qu'on la pratique sans une nécessité bien reconnue, je ne l'accorderai jamais.

Cependant, s'il fallait en croire M. Trousseau, cette nécessité existerait dès le début du croup, dès que la fausse membrane occupe le larynx ; en 1834, il disait n'avoir jamais vu guérir de croup, et tout récemment il citait encore des épidémies où la mortalité avait été de 39 sur 40, de 60 sur 60. Mais il s'agit là d'épidémies, et ce n'est pas dans les épidémies qu'il faut étudier la mortalité ordinaire des maladies. Si le croup est toujours et infailliblement mortel, c'est à vous, médecins, à le dire ; venez donc déclarer hautement que les traitements que vous conseillez, que vous employez, ne sont qu'une déception ; dites au public, dites à l'administration des hôpitaux que ce n'est pas aux médecins qu'il faut adresser les cas de croup, que le croup est une maladie essentiellement chirurgicale ! Mais, grâce au ciel, cela n'est pas, messieurs ; le croup n'est pas si absolument rebelle qu'on veut bien le dire, et, la preuve, c'est qu'à l'hôpital des Enfants même,

MM. Roger et Sée nous apprennent qu'on a sauvé 49 enfants par le traitement médical, et sans avoir besoin de recourir à la trachéotomie.

Je suis arrivé au terme de cette discussion; et, si je ne me trompe, elle n'aura pas été vaine; car au commencement, en vertu de ces malentendus que j'ai déjà signalés, il semblait que je fusse seul contre tous; de tous côtés, les hommes dont je suis le plus accoutumé à respecter le jugement me répétaient : « Vous soutenez une mauvaise cause. » Je n'en citerai qu'un seul, mon collègue et mon ami, M. Grisolle, que j'aperçois sur ces bancs. « Mais quoi, lui disais-je, vous êtes donc d'avis qu'on opère aussitôt que le croup est reconnu, qu'on opère avant tout traitement? — Personne, répondait-il, n'a jamais avancé une pareille chose. » Maintenant, je l'espère, il n'y a plus d'obscurité, il n'y a plus de malentendu; les deux doctrines se présentent nettement en face l'une de l'autre : traiter d'abord la maladie, ou opérer sans traitement; voilà le dilemme offert à tous les médecins. Or, je crois pouvoir le déclarer; désormais, pour l'immense majorité des médecins, le choix ne sera pas douteux. C'est ainsi que j'ai vu revenir à moi tous ceux qui s'en étaient éloignés d'abord; vous avez entendu les internes de l'hôpital des Enfants répudier d'une façon absolue les doctrines de leur ancien maître, et les chefs de service ne pensent pas autrement. Je le sais, je suis en mesure de l'affirmer : M. Blache, qui a signé le rapport, est absolument opposé à la doctrine de M. Trousseau; M. Bouvier, M. Roger, M. Sée, ne sauraient l'approuver davantage. Désormais, à l'hôpital des Enfants, où de loin encore il régnait sans partage, son règne est aboli, son drapeau déchiré; le désert commence autour de lui, la révolution est accomplie.

Je n'aurais dit cependant qu'une partie de ma pensée si, après avoir combattu aussi fortement qu'il a été en mon pouvoir ce que je regarde comme une erreur, je laissais croire que, pour moi, toute l'œuvre de M. Trousseau n'a été qu'une erreur. L'esprit humain est sujet à dépasser les justes limites; il ne serait pas sans exemple qu'une réaction exagérée, confondant le bien et le mal, fît oublier le grand, le véritable

service que M. Trousseau nous a rendu ; si cela arrivait, messieurs, je serais le premier à rappeler mes élèves autour de ce piédestal solitaire, à les ramener au sentiment d'une juste reconnaissance. M. Trousseau a rendu, en effet, à la médecine un éminent service, et qui ne me paraît pas même avoir été suffisamment apprécié. On dit que la trachéotomie moderne, la trachéotomie pratique, appartient à M. Bretonneau ; non, messieurs, ne le croyez pas. M. Bretonneau, l'un des plus grands semeurs d'idées de notre époque, a ce défaut, qui n'est pas bien rare chez les hommes de cette trempe ; il jette ses idées au hasard, sans s'inquiéter si elles tombent sur le roc nu ou sur un sol fertile, et il ne s'en occupe plus. Beaucoup d'idées demeureront ainsi perdues jusqu'à ce qu'un autre en fasse à son tour la découverte ; d'autres ont fructifié, grâce à ces deux illustres apôtres que sa bonne fortune a réservés à M. Bretonneau, et que la postérité appellera Velpeau et Trousseau. Du premier je n'ai rien à dire à cette heure, grâce au ciel, parce que j'aurais trop à dire ; de l'autre, je ne parlerai qu'en ce qui touche la trachéotomie. Or, quand M. Trousseau arriva à Paris, apportant avec lui l'idée de son maître, quel sort était réservé à l'opération ? Il y avait eu en province quelques rares succès contre-balancés par des revers ; M. Trousseau lui-même n'avait à annoncer que 1 succès sur 7 opérés. Aussi les médecins demeuraient-ils méfiants, les chirurgiens peu favorables, les familles encore plus contraires. Il y avait là tout un monde résistant et immobile ; il s'est dit : Je le remuerai, et il l'a remué. Mais pour cela il fallait changer de route ; au lieu d'attendre, comme M. Bretonneau, l'issue incertaine d'un premier traitement, il a prêché l'opération avant tout traitement. Comme je le disais tout à l'heure, il s'est beaucoup plus occupé de frapper fort que de frapper juste ; comme cet autre grand apôtre, il s'est fait tout à tous, afin de ramener le juif et le Grec ; et de là dans ce qu'il a écrit tant d'assertions téméraires, tant de variations, et même de contradictions. Tout était bon pour arriver au but ; et enfin, il a eu l'honneur d'atteindre ce but, si bien qu'il nous est permis de dire qu'il l'a outrepassé. La méfiance des médecins, la ré-

sistance des chirurgiens, la révolte bien autrement obstinée des mères, tout a été vaincu. Il est très vrai qu'aujourd'hui nous avons plus de succès qu'autrefois; c'est qu'on nous appelle de meilleure heure, et c'est à M. Trousseau que nous le devons.

Vous le voyez donc; je ne méconnais point, je proclame bien haut au contraire le bienfait de la trachéotomie; mais je le répète aussi, quel triste et redoutable bienfait! Et si je rends honneur à son véritable auteur, quels honneurs ne méritera pas celui qui parviendra à nous en délivrer! Cela me ramène à une question plus humble, qui est restée quasi perdue dans ces autres débats, la question du tubage. Vous avez encore présent à la pensée le dernier discours de M. Trousseau; tant qu'il s'est agi de la trachéotomie, quelle gravité, messieurs, quelle sérénité, quelle dignité dans la discussion! J'ose dire que l'Académie me doit quelque reconnaissance pour avoir provoqué ce discours, qui a honoré sa tribune et qui lui a révélé M. Trousseau tout entier. Pourquoi faut-il que j'aie à y relever une tache! Pourquoi, en parlant du tubage, le ton de l'auteur a-t-il si tristement changé? Pourquoi ces expressions amères, ce sentiment d'hostilité tellement prononcé que je me demandais involontairement : Mais, qu'est-ce que M. Bouchut a donc fait à M. Trousseau? Est-ce ainsi que l'on discute une découverte, qui n'a pas fait toutes ses preuves, sans doute, mais qui serait si belle si elle les avait faites? Je l'ai déjà dit : je n'ai pas, je ne saurais avoir d'opinion arrêtée sur la valeur du tubage ; mais la commission ne peut pas en avoir plus que moi. M. Trousseau a triomphé de ses expériences faites après coup, qui lui ont montré qu'au bout de soixante et douze heures, le contact du tube amenait des ulcérations allant jusqu'aux cartilages; fort bien. Mais encore ne faut-il pas les exagérer et prétendre, comme on l'a imprimé au *Bulletin*, avec un démenti donné au rapport même, que ces lésions existent au bout de quarante-huit heures. Qu'est-ce que cela prouve, d'ailleurs? Que la canule ne devra pas rester plus de quarante-huit heures en place; n'est-ce donc rien que quarante-huit heures? M. Trousseau

a cité des cas où, après la trachéotomie, la canule a dû être conservée dans la trachée huit, dix, quinze jours et plus. Bien évidemment, dans les cas de ce genre, le tubage serait inapplicable ; mais pour les croups qui guérissent seuls, qui peut-être guériraient sans opération si l'asphyxie pouvait être conjurée seulement vingt-quatre heures, le tubage ne peut-il pas devenir une précieuse ressource ? Au lieu de chercher à l'étouffer en germe, ne devrions-nous pas, selon notre pouvoir, chercher ce qu'il peut avoir d'utile, corriger ses imperfections, afin d'arriver à un résultat si désirable ? Ainsi ai-je fait, du moins, pour mon compte ; ainsi, pour cet effet étrange d'une large canule dans le larynx qui n'empêche pas l'asphyxie, j'en ai signalé à M. Bouchut ce que je regarde comme la cause principale, savoir, l'obstruction de la canule par des mucosités venant à la fois et de l'arrière-gorge et de la trachée, lorsque les mucosités trachéales suffisent si souvent à obstruer la canule après la trachéotomie. Il y a donc là une indication spéciale : déboucher ou renouveler la canule ; peut-être des recherches ultérieures parviendront-elles à régulariser le procédé, à lui donner toute la valeur qu'il peut avoir.

Que l'Académie me permette un dernier mot pour quelque chose qui me concerne. M. Trousseau a bien voulu appeler M. Bouchut *mon client*. Je dirai d'abord qu'à cette tribune j'ai deux grandes clientes, au secours desquelles je me porte au besoin dans la mesure de mes forces : la Science et la Vérité. J'ai aussi une autre préoccupation qui m'anime, c'est la dignité de l'Académie ; et c'est pour éviter qu'elle soit compromise, que j'ai combattu des conclusions pour le moins prématurées. En ce qui touche M. Bouchut, je ferais preuve d'une haute présomption si j'acceptais la qualification qu'il a plu à M. Trousseau de lui attribuer. M. Bouchut est agrégé de la Faculté, il est notre collègue dans les hôpitaux, il a marqué sa place dans la science, et il est parfaitement en état de se défendre lui-même. S'il arrivait pourtant que le débat prît un caractère personnel, où l'on pût craindre de voir le faible accablé par le fort, je ne le nierai point, messieurs je ne serais

pas un des derniers à me porter à sa défense. J'ai eu aussi mes épreuves de jeunesse, j'ai eu aussi peut-être ma part d'injustices à supporter, et je me suis promis, autant qu'il serait en moi, d'en épargner la douleur à d'autres. Une fois déjà, à cette tribune, j'ai essayé de remplir ma promesse (*Bulletin de l'Académie*, tome XVII, page 1049); je n'ai pas réussi aussi bien que je l'aurais voulu, et peut-être cette nouvelle occasion ne me sera pas plus favorable. Quoi qu'il en soit, je me retirerai de cette discussion avec la conviction d'avoir accompli un étroit devoir : la bonne volonté seule appartient à l'homme, le succès est entre les mains de Dieu.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

De l'héméralopie observée en Limousin sous ses différentes formes, etc., par M. Bardinet.

De l'anesthésie cutanée hystérique, par M. le docteur Aug. Voisin. Paris, 1858, in-8 de 40 pages.

Cellesystemets ophœvelse i Frankrige, par M. le professeur Holst.

Michæl skjelderup, par le même.

Klinik over hudsygdommene ogde Syphilitiske sygdomme i 1852, par le docteur W. Boeck.

Syphilisations forsog foretagne, par le même.

Contributions to the practical surgery of new growths or tumours, by John Birkett.

A case of fibrous polypus of the urinary Bladder, par le même.

Science de l'homme (Physiologie religieuse, Père Enfantin, 1858; Saint-Simon, 1813).

Huitième centurie des plantes cellulaires nouvelles, tant indigènes qu'exotiques, par M. le docteur Camille Montagne.

Beskrivelse of et par ved Underkroppen Sammenhaegende Levende fôdte tvillingsostre of doctor C.-E. Lévy. (Renvoi à l'examen de M. Bouvier.)

Annales médico-psychologiques. Janvier.

La Revue thérapeutique du Midi.

Le Progrès, 31 décembre.

Memoria acerca de las aguas y baños minerales de Panticosa, par le docteur D. José de Herero y Ruis.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques. Décembre.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. Janvier.
Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale. Janvier.
Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Janvier 1859.
Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n° 6.
La France médicale et pharmaceutique, n. 1.
Revue étrangère médico-chirurgicale, n. 54.
Gazette médicale de Strasbourg, n. 12.
Gazette médicale de Paris, n. 1.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 1.
L'Abeille médicale, n. 1.
L'Union médicale, n. 1 à 3.
Le Moniteur des hôpitaux, n. 1 à 3.
Gazette des hôpitaux, n. 1 à 3.
Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 1.
Journal des Savants. Novembre.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies transmet à l'Académie une analyse faite à Alger de l'eau d'Hammam-el-Louan, au sujet de laquelle on demande l'avis de la Compagnie. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. Bocamy sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Saint-Hippolyte. — Le rapport final de M. le docteur Nicaise sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Sommevesle. — Le rapport de M. Bonnefon sur une épidémie de dysentérie. — Le rapport final de M. Cressant sur une épidémie d'angine couenneuse. — Le rapport de M. Rozier sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Rodez. (*Commission des épidémies.*)

II. Un mémoire de M. le docteur Herschel sur l'alimentation des enfants nouveau-nés au moyen du lait de vache modifié par un procédé de son invention. (*Commissaires :* MM. Chevallier, Bouvier et Blache.)

III. La recette d'un mode de traitement de la fièvre désignée sous le nom de *vermineuse* par l'inventeur. — Les recettes et échantillons des remèdes présentés par le sieur Girard comme pouvant guérir la rage, le goître, etc. — Un certificat constatant les bons effets que l'on aurait obtenus de

l'emploi d'un médicament sur lequel l'Académie est appelée à se prononcer. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements des Ardennes et du Calvados pendant l'année 1857, et un rapport général sur l'état des vaccinations faites dans le département de l'Hérault pendant la même année, par M. le professeur DUMAS, vaccinateur en chef du département. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le consul général d'Autriche à Paris transmet à l'Académie une série de numéros du *Bulletin de l'Académie impériale des sciences de Vienne*, et plusieurs autres ouvrages publiés par cette Société savante.

II. M. le docteur LAFORET adresse ses remercîments à la Compagnie pour la médaille d'or qui a été décernée à ses travaux sur la vaccine.

III. M. GUÉRIN-MÉNEVILLE adresse à l'Académie plusieurs notes sur la maladie de la vigne. (*Commissaires :* MM. Huzard, Chatin et Devergie.)

IV. M. le professeur GAMA offre en hommage à l'Académie plusieurs exemplaires d'un ouvrage qu'il vient de publier sur l'organisation du service de santé militaire.

V. M. le docteur TIMOTHÉE RIBOLI (de Turin) prie l'Académie de vouloir bien hâter le rapport sur l'instrument qu'il lui a soumis, et qu'il désigne sous le nom de *rétracteur de la fistule vésico-vaginale.*

VI. M. le docteur DE LIGNEROLLES adresse une même demande au sujet d'un cas d'opération césarienne qu'il a pratiquée avec succès. (Renvoi à M. Danyau, rapporteur.)

VII. M. le docteur RILLIET (de Genève) soumet à l'examen de l'Académie un Mémoire ayant pour titre : *Mémoire sur l'iodisme constitutionnel.* (*Commissaires :* MM. Chatin et Trousseau, rapporteur.)

VIII. M. le docteur Sales-Girons soumet à l'examen de la Compagnie son appareil dit *pulvérisateur de l'eau*, pour le traitement des maladies par la respiration. (*Commissaires :* MM. Patissier, Poiseuille et Gavarret.)

—

DISCUSSION.

Tubage de la glotte et trachéotomie.

M. Delafond : Le très grand intérêt qui se rattache à la discussion sur le croup des enfants, et particulièrement sur les moyens de le guérir, nous engage à venir vous entretenir de l'existence du croup chez les animaux domestiques, et à vous dire quels sont les moyens médicaux et chirurgicaux que les vétérinaires emploient pour chercher à en obtenir la guérison. Cette revue de médecine et de chirurgie comparée pourra, nous osons l'espérer du moins, fixer la bienveillante attention de l'Académie; et si des observations recueillies par les vétérinaires peuvent découler quelques enseignements utiles pour le traitement de l'une des plus redoutables maladies qui affectent les enfants, notre but sera atteint. Nous aurons contribué, d'ailleurs, à démontrer l'importance qui se rattache à l'étude de la médecine et de la chirurgie comparée de l'homme et des animaux.

On lit dans plusieurs traités du croup fort estimés, et particulièrement dans ceux de Michœlis, de Double, de Valentin, et à l'article Croup du *Compendium de médecine pratique*, que les diverses espèces domestiques peuvent être affectées d'un croup épizootique, et les auteurs qui ont fourni ces observations sont cités à cette occasion.

Les animaux sont-ils donc, en effet, aussi bien que les enfants et les adultes, frappés par de telles maladies croupales? Ces épizooties, ces enzooties, ont-elles coïncidé avec certaines épidémies de croup humain? Sont-elles graves et mortelles? Telles sont les questions importantes que nous désirons d'abord élucider avant de nous occuper du traitement médical et chirurgical du croup des diverses espèces domestiques.

M. A. Severin (1), Carnevale (2) et Nola (3), dans la relation qu'ils ont donnée d'une angine compacte épidémique qui sévissait cruellement sur les enfants de 1618 à 1620 en Italie, et plus particulièrement dans les environs de Naples, assurent qu'à la même époque une maladie semblable attaquait un grand nombre d'animaux. Ces auteurs n'ayant donné aucune description de la maladie croupale de ces derniers, nous n'avons pu juger de l'analogie ou de la dissemblance des deux affections. Nous avons consulté, d'ailleurs, les auteurs qui ont traité des maladies qui, à diverses époques, ont régné sur les bestiaux en Italie aux époques que nous avons indiquées; mais les recherches auxquelles nous nous sommes livrés ne nous ont rien appris sur ce sujet intéressant.

Martin Ghisi, médecin à Crémone, qui a donné une bonne description de l'angine croupale qui régnait sur les enfants de cette ville en 1748 et 1749, fait remarquer que cette maladie existait en même temps qu'une affection épizootique ravageait les bœufs dans les environs de Crémone, et qui persistait encore dans une grande partie de l'Italie (4).

Les deux maladies des enfants et des bêtes, fait remarquer Ghisi, offrent quelque ressemblance en ce qui touche les symptômes et les lésions qui se manifestent dans les voies respiratoires; mais, en ce qui se rattache à la contagion si manifeste de la maladie des bœufs, les deux affections n'offrent rien de semblable.

Cependant, Michælis (5), Double (6), Valentin (7), les au-

(1) M.-A. Severin (Marco-Aurelio Severino), *Therapeuta neapolitanus*. Naples, 1653, à la fin de l'ouvrage.

(2) Carnevale, *De epidemico strangulatorio affectu*, 1620?

(3) Francesco Nola, 1620, d'après M. Bretonneau, *Traité de la diphthérite*, p. 71.

(4) M. Ghisi, *Lettere mediche del dottore in Cremona*, 1749, p. 18, § 4; lettre à Mazuchelli, *In Roncalli med. Europa*. Cremo, 1749.

(5) Michaelis, d'après Valentin ci-après cité, p. 489.

(6) Double, *Traité du croup*, 1811, p. 139 et 173.

(7) Valentin, *Recherches historiques et pratiques sur le croup*, 1812, p. 489.

teurs du *Compendium de médecine pratique* (1) et autres, ont, d'après l'auteur italien, parlé de cette épizootie d'angine croupale épizootique du gros bétail, et tous aussi s'accordent à lui trouver de la ressemblance avec l'épidémie des enfants. D'après Ghisi, les docteurs Garbelli et Savoini auraient donné une description de cette épizootie, mais nous n'avons pu nous la procurer. Quoi qu'il en soit, et d'après le texte même des lettres du médecin de Cremone, on constate que cette prétendue angine croupale des bœufs n'est autre que la peste bovine, qui, de 1740 à 1750, ou pendant les guerres de la succession d'Autriche, a ravagé à plusieurs reprises les bestiaux de l'Italie, de l'Allemagne, de la France, de la Hollande et même de l'Angleterre. C'est qu'en effet pendant le cours de cette grave maladie du gros bétail, on constate très généralement une toux fréquente, un jetage blanchâtre, floconneux par les naseaux, comme l'a remarqué Ghisi, une difficulté parfois marquée de la respiration, et quelquefois l'existence, dans les voies respiratoires et digestives, de produits pseudo-membraneux, conditions morbides qui ont été signalées, dans ces derniers temps, par le docteur Bochdalek (de Prague) (2). M. Röll, directeur de l'École vétérinaire de Vienne (3), Müller (4), et par la commission envoyée par le gouvernement français pour étudier la peste bovine en 1845, en Allemagne, et dont notre honorable collègue, M. Renault, faisait partie (5).

Certes, en ne s'attachant qu'aux symptômes et aux lésions fournies par les voies respiratoires, on peut trouver, en effet, quelque ressemblance entre la peste bovine et l'angine croupale des enfants; mais ce rapprochement forcé disparaît

(1) *Compendium*, article Croup, 1837, t. II, p. 580.

(2) Bochdaleck, *Bulletin trimestriel de la pratique médicale de Prague*, 1846, 3e année, vol. III, p. 100, et *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° du 21 décembre 1855.

(3) Röll, *Journal vétérinaire belge*, 1853, p. 249.

(4) Müller, *Journal vétérinaire belge*, 1853, p. 418.

(5) Renault, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1855, p. 881.

lorsque l'on prend en considération l'ensemble des symptômes et des lésions, et surtout la contagion si manifeste de la peste, l'on peut conclure, d'une manière positive, qu'aucune similitude ne peut être admise entre ces deux maladies.

La même comparaison, la même conclusion peut s'appliquer à une maladie des bêtes bovines décrite par Haller, et observée par ce grand physiologiste dans les environs de Berne (1).

Les réflexions que nous venons de faire et les conclusions que nous en avons déduites en ce que l'analogie des angines croupales épizootiques des animaux, observées par M. A. Severin, Carnevale, Nola, Ghisi et Haller, nous paraissent fondées. Désormais donc, c'est notre opinion du moins, les maladies épizootiques observées par ces médecins, ne devraient plus figurer parmi les cas d'angine croupale épizootique constatés en même temps que ceux d'angine croupale épidémique des enfants.

Il ne doit pas en être ainsi des observations qui vont suivre, recueillies par Buniva et Double, bien que laissant encore à désirer au point de vue de l'analogie.

Buniva, auquel la médecine vétérinaire est redevable d'un grand nombre d'études importantes sur les maladies des animaux, et le médecin Double (2), ont décrit une maladie épizootique qui, en 1796, a régné sur les chats, en Italie. Pour ces auteurs, la maladie a offert beaucoup de ressemblance avec le croup (3). Enfin le dernier et célèbre médecin que nous venons de citer, a constaté, en 1799, une angine croupale épizootique sur des agneaux à lui appartenant, et qui, d'après la description qu'il en donne, offre de l'analogie avec le croup des enfants (4).

(1) *Nouveaux commentaires de Gœttingue*, t. IV, p. 27, et *Mémoire sur la contagion parmi le bétail*, 1772.

(2) Double, *Traité sur le croup*, 1811, p. 142.

(3) *Id.*, *ibid.*

(4) Double, *Traité sur le croup*, 1811, p. 144.

Voici d'autres observations, recueillies à des dates moins éloignées de nous :

Vers l'année 1839, nous constations sur 40 et quelques chevaux, âgés de quatre à cinq ans, de diverses races, et appartenant à l'administration d'alors des voitures de Saint-Cloud à Paris, l'existence d'une angine croupale pharyngo-laryngée et bronchique très rebelle, et qui sur 7 animaux a nécessité l'emploi de la trachéotomie.

Sur un grand nombre de malades, les bords de la langue, la membrane nasale offraient des îlots pseudo-membraneux. Les surfaces des vésicatoires, les mèches des sétons se recouvraient d'exsudations plastiques. Nous avons ignoré alors si une affection de nature semblable sévissait sur les enfants de Saint-Cloud et des environs.

Un an après, en 1840, M. Barrère, vétérinaire distingué, exerçant à Lavardac (Lot-et-Garonne), constatait l'existence d'une angine croupale sur de jeunes bêtes bovines, en même temps que le croup sévissait d'une manière cruelle sur les enfants (1).

M. Barrère a constaté que les mèches des sétons se recouvraient promptement d'un fourreau pseudo-membraneux.

En 1841, nous communiquions à la Société impériale et centrale d'agriculture la relation d'une enzootie d'angine croupale, qui régnait avec violence sur l'espèce porcine (2) de la commune de Créteil, près Maisons-Alfort (Seine). Chez un seul fermier, M. Lecoulteux, 95 porcs, la plupart âgés de deux à six mois, étaient plus ou moins gravement malades. Avant notre arrivée, 7 animaux étaient morts en l'espace de vingt-quatre heures ; 88 furent guéris en trois jours, par l'emploi d'un traitement topique dont j'aurai bientôt l'honneur d'entretenir l'Académie. A l'autopsie des cadavres, des exsudations se montraient non-seulement dans le pharynx, mais encore dans les cavités nasales. Sur quelques cadavres, elles se prolongeaient dans le larynx et la trachée.

(1) Barrère, *Journal des vétérinaires du Midi*, 1840, p. 217.

(2) Delafond, *Bulletin de la Société centrale d'agriculture*, 1841, p. 190.

A cette même époque, nous n'avons rien entendu dire sur l'existence du croup humain, soit à Créteil, soit aux environs.

Cette angine couenneuse du porc est une maladie fort ordinaire sur les porcs. Elle est connue sous le nom vulgaire d'*étranguillon*, parce qu'elle étrangle les animaux, et c'est d'elle assurément que Virgile a dit :

> Et d'une horrible toux les accès violents
> Étouffent l'animal qui s'engraisse de glands.
>
> (*Géorgiques.*)

Trois années après, en 1844, nous constations, à Villeneuve-Saint-Georges et dans les environs, à Valenton, à Montgeron, à Draveil, une angine pharyngo-laryngée croupale épizootique sur les jeunes oiseaux de basse-cour, et notamment sur les gallinacés. Ici encore nous avons ignoré si le croup sévissait sur les enfants. L'autopsie que nous avons faite d'un grand nombre de ces oiseaux nous a montré des fausses membranes dans le bec, les poches membraneuses, les conduits des voies respiratoires, et sur beaucoup d'entre eux de semblables produits morbides existaient sur les muqueuses du canal intestinal.

M. Rœll, directeur de l'École vétérinaire de Vienne, a constaté, en 1851, dans les environs de cette ville, l'existence d'une affection croupale sur les chevaux, les bêtes bovines, caprines, les chiens et les oiseaux domestiques. Des sécrétions couenneuses ou pseudo-membraneuses s'opéraient chez presque tous les sujets atteints, soit dans les voies respiratoires et digestives exclusivement, soit tout à la fois dans les conduits de la digestion et de la respiration. Nous devons faire remarquer ici que, à cette même date de 1851, le gros bétail de certaines provinces de l'Autriche était atteint de la peste bovine, et qu'à l'autopsie des animaux abattus malades, ou morts par l'existence prolongée du mal, des fausses membranes étaient constatées dans quelque partie de l'étendue des voies respiratoires ou digestives.

M. Rœll ne fait nullement mention de l'existence du croup sur les enfants alors que la maladie croupale sévissait sur les animaux (1).

En France, et dans le cours de la même année 1851, un praticien vétérinaire instruit, M. Roche-Lubin, signalait un croup épizootique sur des agneaux âgés de deux mois à un an, dans l'arrondissenent de Saint-Affrique (Aveyron) (2).

M. Roche-Lubin ne parle nullement du croup sur les enfants à la même époque.

Enfin, pour terminer cette revue, nous ne devons pas oublier de mentionner que, en 1855, M. Reynal, chef de service de clinique à Alfort, a relaté, dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaire* qu'il publie en commun avec notre estimable collègue M. N. Bouley, à l'article ANGINE CROUPALE, l'étude qu'il a faite d'une enzootie de croup pharyngo-laryngien qui sévissait avec intensité sur les volailles des environs de l'École d'Alfort.

N'oublions pas de faire remarquer ici que M. Reynal a constaté alors, que non-seulement des fausses membranes se montraient dans le bec, le pharynx et les conduits respiratoires, mais encore sur les conjonctives, la cornée, la crête, l'œsophage et l'intestin (3).

De tous les faits que nous venons de relater, il peut donc nous être permis de conclure que le croup règne à l'état épizootique ou enzootique sur les animaux domestiques, de même qu'il sévit sous la forme épidémique et endémique sur les enfants, et que, de même que sur ces derniers, il revêt un caractère de gravité bien remarquable et pardonne rarement aux sujets qu'il attaque.

Il nous a paru important d'établir d'abord ce premier rapprochement entre le croup des enfants et celui des animaux;

(1) Rœll, *Journal vétérinaire de Vienne*, t. I, 1re livraison, et *Journal vétérinaire belge*, 1853, p. 249.

(2) Roche-Lubin, *Journal des vétérinaires du Midi*, 1851, p. 208.

(3) Reynal, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires*, 1856, t. I, p. 604, 605, 615.

nous démontrerons plus loin l'utilité de nos recherches en ce qui touche le traitement médical et chirurgical du croup animal dont nous nous occuperons plus loin.

A cette occasion, nous devons cependant nous empresser d'ajouter bien vite que le croup épizootique et enzootique des animaux, eu égard à tous les faits qui nous sont connus, est infiniment plus rare sur les animaux jeunes et adultes que chez les enfants. Nous devons faire remarquer en outre que, d'après les documents que la médecine humaine et la médecine animale possèdent, l'existence simultanée du croup humain épidémique et du croup animal épizootique a été notée; mais que de nouvelles et intéressantes observations restent encore à faire sur ce point d'un très grand intérêt.

Le croup sporadique, quoique rare aussi sur les animaux domestiques, a été signalé un plus grand nombre de fois que le croup épizootique.

Sur les chevaux jeunes et adultes, des exemples de ce croup ont été recueillis par l'illustre fondateur des Écoles vétérinaires (1), Toggia et Buniva (2), Potter (de Baltimore), Rush (3), Gohier (4), notre collègue M. Leblanc (5), Lamy (6), Jacob (7), Rodet (8), Philippe (9), Alibran (10), Riss (11),

(1) Bourgelat, *Archives des travaux de l'Académie royale de chirurgie*, juillet 1852, et *Recueil de médecine vétérinaire*, 1853, p. 324.

(2) Toggia, *Mémoires de la Société d'agriculture de la Seine*, 1809, p. 104; Buniva, cité par Huzard, Mémoires ci-dessus, 1813, p. 10.

(3) Potter et Rush, cités par Valentin, *Recherches historiques et pratiques sur le croup*, 1812, p. 469.

(4) Gohier, *Mémoires sur la médecine et la chirurgie vétérinaires*, 1813, t. I, p. 360.

(5) Leblanc, *Mémoires de la Société d'agriculture de la Seine*, 1827, p. 91.

(6) Lamy, *Comptes rendus de l'École de Lyon*, 1824.

(7) Jacob, *Journal vétérinaire pratique*, 1826, p. 104.

(8) Rodet, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1828, p. 258.

(9) Philippe, *Journal pratique de médecine vétérinaire*, 1829, p. 72.

(10) Alibran, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1829, p. 361.

(11) Riss, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1833, p. 401.

Delwart (1), Rey (2), Hering (3), notre collègue M. H. Bouley (4) et M. Reynal (5). Nous pouvons aussi nous ajouter à cette liste (6).

Sur les bêtes bovines jeunes et adultes, les vétérinaires Vieillard (7), Gouzil (8), Semiglia (9), Seriziat (10), Bouin (11), Gelas (12), Rainard (13), Lamy (14), Mousis (15), Gellé (16), Lindenberg (17) et Hering (18), en ont recueilli des exemples très remarquables. Nous pouvons également faire figurer notre nom sur cette liste (19).

(1) Delwart, *Journal vétérinaire belge*, 1842, p. 349 à 354.

(2) Rey, *Journal vétérinaire publié à Lyon*, 1850, p. 249.

(3) Hering, *Rapport annuel sur les progrès de la médecine vétérinaire*, 1851.

(4) H. Bouley, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires*, 1856, t. I, p. 579.

(5) Reynal, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires*, 1856, t. I, p. 579.

(6) Delafond, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1829, p. 357.

(7) Vieillard, *Mémoires de la Société de médecine de Lyon*, séance du 1er février 1809, et *Mémoires de Gohier sur la médecine et la chirurgie*, 1813, t. I, p. 366.

(8) Gouzil, *Mémoires de Gohier sur la médecine et la chirurgie*, 1813, t. I, p. 372.

(9) Semiglia, *Compte rendu de l'École de Lyon*, 1813 et 1814.

(10) Seriziat, *Compte rendu de l'École de Lyon*, 1823, p. 22, et Gellé, *Pathologie bovine*, t. II, p. 418.

(11) Bouin, *Compte rendu de l'École de Lyon*, 1813 et 1814.

(12) Gelas, *Compte rendu de l'École de Lyon*, 1816.

(13) Rainard, *Compte rendu de l'École de Lyon*, 1823.

(14) Lamy, *Compte rendu de l'École de Lyon*, 1824 et 1825.

(15) Mousis, *Mémoires de la Société centrale d'agriculture*, 1827, p. 206, et Gellé, *Pathologie bovine*, 1840, t. II, p. 417.

(16) Gellé, *Pathologie bovine*, 1840, t. II, p. 414 et 416.

(17) Lindenberg, *Journal vétérinaire belge*, 1842, p. 358.

(18) Hering, *Rapport annuel sur les conquêtes de l'art vétérinaire*, 1851.

(19) Delafond, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1829, p. 371, 74 et 76.

Le docteur Potter (de Baltimore) (1), le vétérinaire Balestera (2), le professeur Dupuy (3), ont recueilli des exemples de croup également isolés sur le chien. Enfin, Peters, d'après M. le professeur vétérinaire Hering, assure avoir constaté le croup sur le chat (4); mais ce dernier fait laisse quelque doute dans notre esprit.

Comme on le voit, les observations recueillies jusqu'à ce jour démontrent donc que le croup existe à l'état sporadique aussi bien sur les animaux que sur l'espèce humaine. C'est un fait que nous tenions à bien établir. Mais, de même que pour le croup épizootique, nous devons nous empresser de déclarer que ce croup est beaucoup plus rare que le croup sporadique des enfants et des adultes.

Bien que l'étiologie du croup des animaux mérite d'être mieux étudiée qu'elle ne l'a été jusqu'à présent, on sait pourtant que les jeunes animaux sont plus souvent atteints d'angine croupale que les adultes et surtout les vieux. Cette remarque importante a été faite notamment sur les animaux appartenant aux espèces bovines, porcine et aux oiseaux de basse-cour.

Le croup animal a été signalé en Allemagne, en Italie, en Belgique et en France. Dans notre pays, l'observation semble avoir appris que ce sont plus spécialement les animaux qui habitent le centre, l'est et l'ouest de la France, et surtout les pays de montagnes, régions où les changements de température sont brusques et fréquents, qui en sont atteints, notamment au printemps et à l'automne. C'est une affection fort rare sur les chevaux adultes qui séjournent dans les grandes villes et sur les chevaux de troupe.

Les expériences nombreuses qui ont été tentées par les

(1) Potter, cité par Valentin, *Recherches historiques et pratiques sur le croup*, 1812, p. 480.

(2) Balestera, *Compte rendu de l'École de Lyon*, 1815.

(3) Dupuy, *Compte rendu de l'École d'Alfort*, 1822.

(4) Peters, cité par Hering, *Pathologie et thérapeutique spéciales*, 1849, p. 409.

médecins, parmi lesquels je citerai Jurine (de Genève) (1), Albers (de Bremen) (2), Double (3), Valentin (4), le professeur vétérinaire Gohier (5), et M. Bretonneau (6), dans le but de faire naître le croup en faisant respirer à des animaux le gaz acide muriatique oxygéné ou chlore, démontrent que ce gaz fait périr les sujets soumis aux expériences sans faire naître un véritable croup. Les vapeurs provenant de combustion du sublimé corrosif, de l'arsenic, sont également inhabiles à produire la formation de fausses membranes, bien pourtant que ces gaz et ces vapeurs irritent violemment les bronches et fassent périr les animaux. Il n'en est point ainsi de la respiration de la fumée provenant de la combustion des fourrages destinés à l'alimentation des animaux dans les incendies de magasins à paille ou à fourrages voisins des lieux habités par des chevaux. MM. Riss, vétérinaire militaire (7), le professeur vétérinaire Rey (8), et notre collègue M. H. Bouley (9), ont constaté que le croup pouvait être dû à cette cause particulière.

Enfin on sait que certaines substances liquides injectées dans le larynx, la trachée ou les bronches déterminent une irritation spéciale qui provoque la formation de fausses membranes. Nous voulons parler plus particulièrement de l'essence de térébenthine, de la solution de sublimé corrosif (10), de

(1) Royer-Collard, *Compte rendu des mémoires sur le croup adressés au grand concours Napoléon*, 1812, p. 54.

(2) Royer-Collard, *Compte rendu des mémoires sur le croup adressés au grand concours Napoléon*, 1812, p. 106.

(3) Double, *Traité sur le croup*, 1811, p. 132.

(4) Valentin, *Recherches historiques et pratiques sur le croup*, 1812, p. 464.

(5) Gohier, *Mémoires sur la médecine et la chirurgie vétérinaires*, 1813, t. I, p. 384.

(6) Bretonneau, *Traité de la diphthérite*, 1826, p. 100 (note).

(7) Riss, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1833, p. 401.

(8) Rey, *Journal vétérinaire de l'École de Lyon*, 1850, p. 249.

(9) H. Bouley, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaires*, article ANGINE, p. 579.

(10) Albers (de Bremen), rapport de M. Royer-Collard cité, p. 104.

l'acide sulfurique étendu d'eau (1), de l'huile cantharidée (2), et des injections alcalines (3).

Nous avons aussi fait quelques expériences pour obtenir un type particulier d'inflammation croupale chez le cheval. L'injection du vinaigre chaud dans le larynx, la trachée et les bronches par une ouverture faite à la trachée nous a constamment donné pour résultat la formation de produits pseudo-membraneux très épais, exactement moulés sur les divisions bronchiques et les remplissant presque entièrement. Les animaux sont tous morts promptement asphyxiés.

Nous avons cherché également à produire un type particulier d'inflammation couenneuse sur les muqueuses des intestins du cheval. Parmi tous les agents irritants et caustiques que nous avons employés, la solution d'acide arsénieux nous a constamment donné pour résultat la formation, quelquefois en moins de deux heures, de pseudo-membranes résistantes, épaisses, doublant presque toute l'étendue des intestins grêles, fausses membranes dont la texture était si serrée qu'elles pouvaient être soufflées dans l'étendue de plusieurs mètres (4).

Ces expériences, quoique peu nombreuses encore, et qui méritent bien d'être faites avec d'autres substances, apprennent donc que le croup peut naître chez les animaux sous l'influence de causes toutes particulières, et que l'inflammation croupale qu'elles font naître offre elle-même un type spécial.

La manifestation du croup spontané est-elle due à un ordre

(1) Saissy, *Mémoires de la Société de médecine de Lyon*, 1810; cité par Gohier, *Mémoires de chirurgie et de médecine vétérinaires*, 1813, t. I, p. 378; Duval (de Brest), cité par Valentin, p. 485; Graperon et Mouton, *Bulletin des sciences médicales*, 1809, p. 114.

(2) Bretonneau, *Traité de la diphthérite*, p. 361.

(3) Norsch, cité par Valentin, p. 488, et *Bulletin des sciences médicales*, t. VIII, p. 18.

(4) Voy. Delafond, *Mémoires sur la sécrétion de l'urine dans l'empoisonnement aigu et suraigu par l'acide arsénieux* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1845, t. XI, p. 664, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1842-1843, t. VIII, p. 810).

de causes semblables, et le type qu'affecte cette maladie est-il spécial?

Les recherches dont il s'agit tendraient à démontrer qu'il en est ainsi. Toutefois, ces expériences viennent fortifier l'opinion de plusieurs médecins éminents, et qui consiste à dire que le croup est dû à des causes spécifiques, que sa nature est spécifique, et que les moyens de traitement qu'il réclame pour être guéri doivent être également spécifiques.

Nous chercherons plus loin à démontrer qu'il peut en être ainsi pour les causes, la nature et le traitement du croup des animaux, et particulièrement de celui du porc et des oiseaux de basse-cour. Quoi qu'il en soit, ce qui est certain et ne doit point être oublié au point de vue du traitement, c'est que le croup spontané n'est jamais aussi grave chez les animaux que le croup épizootique et enzootique, et que, sous ce double rapport, le croup des animaux est comparable à celui des enfants.

Un fait considérable et fort important, lorsqu'on le rattache au traitement, nous a frappé dans le *croup épizootique*, parfois aussi, mais plus rarement, dans le *croup sporadique* du cheval, du bœuf, du porc et des oiseaux de basse-cour : c'est que non-seulement les surfaces des voies pharyngiennes et respiratoires ont, dès le début de la maladie, mais encore et surtout pendant son cours, une tendance remarquable et indéniable à une sécrétion de produits morbides organisables qui donne naissance aux pseudo-membranes.

C'est ainsi que, dès l'invasion du croup pharyngo-laryngien, on a vu des fausses membranes exister sur les bords de la langue et dans d'autres parties de la bouche des chevaux, les surfaces des ouvertures nasales du porc, les sacs membraneux des cavités nasales des poulets et des faisans, et même jusque sur la conjonctive et les muqueuses intestinales de ces oiseaux; c'est ainsi que, soit dès le début, soit pendant le cours du mal, on a vu les mèches des sétons, les plaies des vésicatoires se recouvrir de produits pseudo-membraneux; c'est ainsi, enfin, que l'on a constaté à l'autopsie des cadavres des fausses membranes, non-seulement dans le pharynx, le

larynx, la trachée et les bronches, mais encore sur des portions plus ou moins étendues des muqueuses digestives, des cavités nasales et des sinus (1).

Ce n'est pas seulement dans le croup des animaux que ces observations ont été recueillies; nous les avons faites également dans l'entérite couenneuse et la péripneumonie contagieuse du gros bétail, maladies, surtout la dernière, dans lesquelles les sécrétions pathologiques ont une grande et bien remarquable tendance à fournir des produits morbides fibrino-albumineux et organisables, soit à la surface des grandes séreuses, des synoviales articulaires, des muqueuses des voies respiratoires et digestives, soit même dans les lames du tissu cellulaire.

Dans le croup humain, cette tendance à la sécrétion de produits pseudo-membraneux a également été constatée par des médecins d'un grand mérite, parmi lesquels nous citerons Ruchon (2), Starr (3), S. Bard (4), MM. Bretonneau (5), Guersant (6), Andral (7), Sée et notre collègue M. Trousseau (8).

Dans ces curieuses et importantes observations, en effet, indépendamment des fausses membranes du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches, d'autres exsudations ont été notées dans les cavités nasales, l'œsophage, l'estomac, les intestins, sur les plaies des vésicatoires, les plaies diverses, les organes génitaux, le conduit auditif.

M. Bretonneau, notre savant collègue M. Trousseau, M. Sée (9), et avec eux beaucoup d'autres médecins émérites,

(1) Voy. plus haut, p. 354-355, les observations de MM. Barrère, Rœll, Reynal, et les nôtres.

(2) Ruchon, *Recueil d'observations et faits relatifs au croup*, par Schwilgué, 1808, p. 86.

(3) Starr, cité par Bretonneau.

(4) Sam. Bard, cité par Bretonneau.

(5) Bretonneau, *Traité de la diphthérite*, p. 34, 36 et 346.

(6) Guersant, *Compendium de médecine pratique*, t. II, p. 575.

(7) Andral, *Archives générales de médecine*, 1825, p. 284.

(8) Trousseau et Sée, *Bulletin de l'Académie*, 1858, t. XXIV, p. 225.

(9) *Bulletin de l'Académie*, 1858, t. XXIV, p. 228.

pensent que le croup est d'abord une maladie locale qui se généralise ensuite par sa persistance ou devient infectant.

Cette opinion, nous la respectons assurément, parce qu'elle nous paraît basée sur l'observation de faits nombreux, concluants et recueillis, nous ne saurions le mettre en doute, avec tout le soin désirable; mais lorsque sur les animaux nous voyons le croup, soit sporadique, soit et surtout épizootique ou enzootique, se montrer dès son origine, non-seulement dans le pharynx, le larynx et les bronches, mais encore sur beaucoup d'autres surfaces de l'organisme, ces faits ne peuvent-ils pas, ne doivent-ils pas avoir une tout autre signification morbide que celle qui leur est assignée par les autorités médicales que nous avons citées? Et ne peut-on pas être autorisé à se demander si le croup, dans les circonstances dont il s'agit, n'est pas plutôt l'expression d'une maladie spécifique, primitivement générale, caractérisée par une grande tendance à l'exsudation morbide de produits fibrino-albumineux organisables sur les parties malades et plus spécialement encore sur les surfaces des voies respiratoires et digestives?

Cette opinion, messieurs, qui a déjà été exprimée par des médecins et des vétérinaires d'un grand mérite, nous ne l'émettons pourtant qu'avec une sage réserve. Nous désirons attendre, pour l'adopter d'une manière définitive, que les annales de la médecine des animaux aient enregistré de nouvelles observations, recueillies avec tout le soin qui doit être apporté pour étudier une question de cette importance, et que nous ayons recueilli nous-même un chiffre de faits plus élevé que celui que nous possédons aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, nous chercherons à démontrer que les moyens curatifs généraux et locaux que les vétérinaires emploient avec succès et auxquels nous avons recours nous-même, tendent à appuyer cette opinion sur la génération générale et primitive du croup des animaux, puis sa localisation sur les voies pharyngo-laryngiennes.

Le croup, chez les bêtes, se montre très généralement, soit dans le pharynx, soit dans le larynx. Ce n'est qu'excep-

tionnellement qu'il apparaît tout d'abord dans les bronches.

Dans les grandes espèces, telles que les chevaux et le gros bétail, dont la bouche est profonde et le voile du palais forme une cloison plus ou moins complète, l'existence des premiers rudiments de fausse membrane est difficile à voir; mais dans les petites espèces, telles que les porcs, les chiens et surtout les oiseaux, l'écartement forcé des mâchoires permet de constater le gonflement, la rougeur vive des amygdales, du pharynx, du voile du palais et l'existence d'îlots pseudo-membraneux, blanchâtres, disséminés çà et là. De là le croup se propage plus ou moins rapidement : en haut, dans les cavités nasales ; en bas, dans le larynx. L'étendue considérable de la trachée, dans les grandes espèces, ralentit sa marche envahissante dans les bronches. Dans beaucoup de cas même, le croup reste cantonné au pharynx et au larynx.

Ces observations viennent donc appuyer celles qui ont été faites sur les enfants et les adultes par MM. Bretonneau, Guersant et Trousseau. Nous les considérons d'ailleurs comme d'une grande importance, à ce double point de vue, savoir : qu'il ne faut jamais oublier, dans les cas de croup, aussi bien chez les animaux que chez les enfants, d'inspecter très attentivement les amygdales et le pharynx, lieux où apparaît plus particulièrement la maladie croupale.

Le croup qui se montre dans le larynx est, d'après des faits publiés jusqu'à ce jour, assez commun chez les grands animaux. Sa marche est rapide. Il envahit rarement le pharynx, mais fréquemment il se propage à la trachée et aux bronches. Sa gravité est indéniable et son diagnostic, d'ailleurs facile à établir, est d'un grand intérêt en ce qui regarde le traitement.

Le croup qui apparaît tout à la fois dans le pharynx, le larynx et les bronches, avec ou sans pneumonie consécutive, est le plus redoutable. Il ne pardonne que très rarement, pour ne pas dire jamais.

Dans une monographie que nous avons publiée sur le croup des animaux, en 1829, nous avons jugé nécessaire d'établir une distinction entre ces trois lieux d'apparition des exsu-

dations croupales, en l'envisageant au point de vue des succès ou des insuccès de la trachéotomie.

Cette distinction peut-elle être faite dans le croup des enfants et des adultes? S'il en était ainsi, nos savants collègues, MM. Bouvier, Trousseau et Malgaigne, n'auraient peut-être point assez insisté sur les lieux où se montre le croup eu égard aux succès et aux revers qui suivent l'ouverture de la trachée.

L'Académie voudra bien nous pardonner de nous être occupé si longuement de la nature du croup des animaux, des formes qu'il revêt, de sa généralisation, de sa localisation et des lieux où il apparaît le plus généralement; mais nous sommes si convaincu que le traitement médical et chirurgical à opposer à cette grave affection doit reposer sur les distinctions que nous avons faites, que nous avons pensé devoir tout d'abord insister sur ce point capital. J'ai hâte, messieurs, maintenant, d'arriver aux moyens curatifs du croup animal, but essentiel de notre communication.

Le croup qui apparaît sur les amygdales, le pharynx, le voile du palais, ainsi qu'on le remarque si fréquemment sur le porc et les oiseaux de basse-cour, envahit parfois promptement le larynx. Il produit rapidement la suffocation et tue en peu de temps.

Dans cette occurrence, il faut arrêter ce croup dès son apparition par des moyens thérapeutiques généraux et locaux.

Comme moyen local, le remède que nous avons employé est celui conseillé par M. Bretonneau dans son *Traité de la diphthérite*.

La gueule du porc et le bec des oiseaux étant maintenus largement ouverts, nous détachons avec une spatule longue et étroite, soit de fer, soit de bois, les fausses membranes existant sur les amygdales, le voile du palais et le pharynx; nous trempons un pinceau assez rude dans un mélange de miel et d'acide chlorhydrique dans les proportions suivantes :

Miel	60 grammes.
Acide chlorhydrique.	30 à 40 grammes.

ou mieux, nous ajoutons de l'acide jusqu'à acidité caustique à la langue, puis nous badigeonnons toutes les parties malades. Les cris rauques et étouffés des animaux ne nous arrêtant pas, nous continuons la cautérisation jusqu'à ce que la muqueuse blanchisse sous notre pinceau; alors, seulement alors, l'opération est terminée.

La muqueuse est cautérisée à sa surface, la maladie qui la frappe est profondément modifiée et déjà enrayée dans sa marche. Il est probable que pendant les cris certaines parties d'acide s'engagent dans le larynx d'une part, dans les cavités nasales de l'autre, et qu'ainsi les muqueuses laryngienne et nasale se trouvent modifiées également par l'action cathérétique.

Les animaux sont soulagés peu de temps après l'opération. La déglutition s'opère plus aisément, et le timbre nasillé, rauque, enroué de la voix disparaît peu à peu.

Comme moyen général, il est utile, nous dirons plus, nécessaire, pendant trois à quatre jours, d'administrer à l'intérieur 60 à 120 grammes de sulfate de soude ou bien de carbonate de cette base en solution, soit dans le lait coupé ou le petit-lait, soit dans un bouillon léger obtenu avec des viandes de basse boucherie.

Dans l'angine des volailles, nous avons également employé avec succès l'acide chlorhydrique. M. Reynal a également utilisé, soit ce cathérétique, soit l'eau de Rabel, soit la solution de nitrate d'argent. A l'intérieur, il s'est parfaitement bien trouvé de l'administration du carbonate de soude, du sulfate de soude ou de magnésie.

Ces sels de soude entretiennent le ventre libre, s'ils ne purgent pas; ils chargent le sang d'une plus grande proportion de soude, alcali qui concourt à rendre ce fluide plus liquide et les exsudations morbides moins promptement organisables sur les surfaces malades.

C'est ainsi que, par une médication locale et générale, nous avons pu guérir un grand nombre de porcs affectés d'angine croupale appartenant à la porcherie de l'École d'Alfort, et que M. Reynal a pu conserver beaucoup de volailles dans les environs de cet établissement.

En 1841, l'angine couenneuse sévissait sur un troupeau composé de 95 porcs de différents âges appartenant à M. Lecoulteux, cultivateur à Maisons-Alfort; 8 animaux étaient morts après une maladie de trente-six à quarante-huit heures, et les 87 porcs restants étaient atteints du même mal, mais à des degrés différents; 40 à 50 d'entre eux étaient surtout très malades. Tous furent cautérisés selon l'étendue et la gravité des lésions, et les 87 animaux furent guéris en l'espace de trois à quatre jours (1).

Chez les grands herbivores affectés de croup pharyngo-laryngien, la bouche étant très profonde, l'écartement des mâchoires très borné et le voile du palais formant une valvule complète ou presque complète, la cautérisation du voile du palais, et surtout du pharynx, n'est pas facile à exécuter. Les vétérinaires ont recours ici aux insufflations d'alun, de calomel ou d'un mélange de calomel et de poudre de quinquina à parties égales. Ces insufflations, d'une assez difficile exécution, donnent des résultats satisfaisants, mais moins prompts et moins sûrs que les applications cathérétiques.

Les grandes saignées réitérées selon l'indication puisée dans la difficulté de la respiration et de la circulation pulmonaire, l'emploi d'une révulsion active, puissante dans le voisinage du pharynx, du larynx et de la trachée, révulsion obtenue par l'application, soit de larges sinapismes, dans l'engorgement desquels on pratique des mouchetures, soit de vésicatoires, soit de sétons très animés; l'administration à l'aide d'une sonde œsophagienne d'un diamètre peu considérable, de 4 à 8 et même 10 grammes d'émétique, non pas comme vomitif, puisque les chevaux et les bœufs ne vomissent pas, mais comme agent liquéfiant du sang, sinon l'adjonction aux boissons, ainsi que l'a conseillé avec fondement M. Reynal, de 50 à 60 grammes de sulfate, de bicarbonate de soude ou d'azotate de potasse (2), enfin l'emploi de lavements irritants,

(1) Delafond. Voy. *Bulletin de la Société centrale d'agriculture*, 1841, p. 190.

(2) La dose de sulfate de soude peut être portée jusqu'à 100 et 250 gr. sans inconvénient.

sont autant de moyens auxquels les vétérinaires ont recours, soit préalablement à la trachéotomie, soit concurremment avec cette opération, pour la guérison du croup des grands animaux.

Cet ensemble de moyens thérapeutiques généraux et locaux a pour but de faire cesser la phlogose qui détermine l'exsudation pseudo-membraneuse, de rendre le sang plus fluide, plus facilement circulable dans les réseaux capillaires des muqueuses fines et délicates où le croup a fait élection de domicile, et, en outre, d'opérer une révulsion active et salutaire.

Jamais, quant à nous du moins, nous n'avons vu l'emploi de ces médications puissantes, être suivi chez les animaux des inconvénients qui ont été signalés par M. Trousseau chez les enfants, par l'emploi des saignées locales, des vésicatoires, des émétiques, etc.

Au contraire, nous avons toujours constaté qu'ils atténuaient la violence du croup, arrêtaient la formation des fausses membranes, favorisaient le décollement des exsudations, puis leur expulsion au dehors. Cette méthode curative que nous avons conseillée en 1829, a été adoptée, et jusqu'à présent elle a été suivie de résultats satisfaisants.

Mais tout énergique que soit l'ensemble de cette médication générale et locale, employée seule, elle reste souvent impuissante contre le croup dans l'immense majorité des cas, si le vétérinaire n'a pas recours à la trachéotomie, opération dont il nous reste à parler.

Prenant en considération le grand et important débat qui a lieu au sein de l'Académie, nos collègues voudront bien nous permettre de dire depuis quelle époque les vétérinaires pratiquent la trachéotomie dans les angines croupales ou le croup, à quelle période du mal ils ont recours à cette opération; enfin, et surtout, quels sont les résultats qu'ils en ont obtenus jusqu'à présent.

Avant d'être pratiquée sur l'homme, la trachéotomie a été faite sur des animaux vivants et en bonne santé.

Le médecin arabe Avenzoar paraît être le premier qui ait

opéré sur une chèvre (an 1200), et Freind, médecin anglais, assure avoir répété cette expérience (an 1700).

A une époque moins reculée de nous, cette opération était faite sur l'homme pour remédier à la suffocation due à l'introduction de corps étrangers dans les voies respiratoires. Elle aurait ensuite été pratiquée, d'après notre collègue M. Trousseau, dans des cas de croup fort équivoques, en 1730, par George Martyn et Andrée, chirurgiens de Londres, en 1782. Vers l'année 1810, elle était prônée jusqu'à l'exaltation, par le chirurgien français Caron, et repoussée à la même époque comme inutile et dangereuse, par Jurine (de Genève), Albers (de Bremen) et Double.

A MM. Bretonneau et Trousseau, appartient donc incontestablement l'honneur d'avoir pratiqué la trachéotomie avec succès dans le croup suffocant des enfants.

Sur les animaux, la trachéotomie avait été faite dans le but de remplir diverses indications fournies par la difficulté de la respiration, par les hippiatres du XVIIe siècle ; mais l'illustre Bourgelat, le fondateur des écoles vétérinaires, nous paraît être le premier qui, en 1752, ait fait cette opération avec succès sur un cheval, qui, d'après les symptômes notés avant et après la trachéotomie, était atteint d'une angine croupale (1).

Depuis la fondation des écoles jusqu'à l'année 1825, les élèves vétérinaires ayant été exercés dans le manuel de la trachéotomie, ont dû, certes, pratiquer fréquemment cette opération, ainsi qu'ils le font aujourd'hui sur les grands animaux, soit dans le croup, soit dans diverses affections des voies respiratoires rendant la respiration pénible, afin de prévenir l'asphyxie ; aussi voyons-nous, en 1812, le vétérinaire Gouzil faire la trachéotomie sur un veau affecté d'un croup très grave depuis sept jours. Ce jeune animal, aussi bien que les deux enfants opérés sans succès par M. Bretonneau, en 1825, fut très sensiblement soulagé à la suite de l'opération, mais il mourut cinq jours après (2).

(1) Bourgelat, *Archives des travaux de l'Académie royale de chirurgie*, juillet 1752, et *Recueil de médecine vétérinaire*, 1853, p. 324.

(2) Gouzil, *Mémoires sur la médecine et la chirurgie de Gohier*, 1813, t. I, p. 372.

Nous devons dire aussi à l'Académie que M. Bretonneau déclare très explicitement dans son remarquable *Traité sur la diphthérite*, pages 219 et 306, que c'est après avoir vu travailler sous ses yeux pendant trois à quatre ans deux chevaux opérés de la trachéotomie permanente pour remédier à la difficulté de la respiration connue sous le nom de *cornage*, animaux qui portaient chacun un tube d'un pouce de diamètre dans la trachée, que l'idée lui était venue de remplacer la sonde de caoutchouc dont il s'était infructueusement servi dans une de ses premières opérations sur les enfants, par un large tube.

Loin de nous, messieurs, la pensée de vouloir revendiquer en faveur des vétérinaires la priorité de l'emploi de la trachéotomie pour la guérison du croup et de vouloir retirer le plus petit fleuron de la couronne de MM. Bretonneau et Trousseau ; nous avons voulu constater seulement, en faisant ces citations, que bien avant les médecins, les vétérinaires pratiquaient la trachéotomie pour chercher à obtenir la guérison du croup, et qu'ils l'avaient obtenue, et que M. Bretonneau n'avait eu l'idée de placer une large canule dans la trachée des enfants, qu'après avoir constaté les bons résultats d'un tube d'un large diamètre qu'il voyait fonctionner sur des chevaux corneurs.

Il nous a été bien difficile dans le débat élevé entre MM. Trousseau, Bouvier et Malgaigne, d'avoir pu saisir le moment précis de l'opportunité de pratiquer la trachéotomie sur les enfants. Cependant, nous avons pu comprendre que c'était au début de l'asphyxie, c'est-à-dire, pour être plus explicite, lorsque des fausses membranes existent dans le larynx et se prolongent déjà dans la trachée, qu'il y a dyspnée, que des accès de suffocation se déclarent et se succèdent d'une manière alarmante à de courts intervalles, qu'un sifflement laryngo-trachéal se fait entendre, qu'un commencement de cyanose se fait remarquer, qu'il faut faire l'opération pour en obtenir le plus grand bénéfice possible. L'existence de symptômes semblables chez les animaux affectés de croup, entraîne la même détermination chez les animaux, parce

qu'ils fournissent l'indication la plus positive, comme la plus rigoureuse, de pratiquer aussitôt l'ouverture de la trachée. Mais, dans le plus grand nombre des cas, les vétérinaires, messieurs, n'attendent pas jusque-là.

Quant à nous, l'expérience nous a appris que la trachéotomie devait être faite sur les grands animaux non pas pour remédier à l'asphyxie commençante, mais pour la prévenir, ou, en d'autres termes, que c'était au moment ou la dyspnée se manifeste et menace de devenir inquiétante qu'il faut opérer. Nous ne distinguons ni première ni seconde période du croup, au point de l'opportunité et de l'utilité de l'opération; ce que nous considérons comme rigoureusement nécessaire, est de prévenir la suffocation, le début ou le commencement de l'asphyxie.

S'il ne se manifeste encore aucun symptôme de dyspnée suffocante, nous agissons d'une manière active et énergique par les saignées générales et locales réitérées, afin de faciliter la circulation pulmonaire ainsi que la grande circulation et alléger, en même temps, la fonction importante de l'hématose; nous cherchons à diminuer l'état fibrino-albumineux du sang par le double emploi des saignées et de l'administration des alcalins à grande dose; nous agissons vigoureusement par les révulsifs pour détourner le sang et dériver la douleur; mais aussitôt que nous avons constaté que la difficulté de la respiration est persistante, nous n'attendons pas les accès de suffocation, le début de l'asphyxie, nous ouvrons aussitôt la trachée pour donner accès à l'air et ainsi prévenir l'anhématosie qui aggrave considérablement le mal et cause la mort. Nous aimons mieux aller en avant contre un ennemi redoutable qui nous menace que de l'attendre l'arme au bras. Nous opérons donc le plus promptement possible, et, faisons-le bien remarquer, nous commençons presque toujours par où les chirurgiens finissent, c'est-à-dire par la trachéotomie qui, pour nous, est une des indications les plus pressantes à remplir dans le traitement du croup qui menace d'être suffocant.

Ces préceptes, nous les avons posés, en 1829, dans une

monographie sur le croup des animaux domestiques que nous avons publiée, et, depuis lors, les vétérinaires les ont adoptés et suivis.

L'Académie voudra bien nous permettre de lui en fournir la preuve en lui citant les opinions de plusieurs auteurs qui font autorité.

Tous, disons-le d'abord, prescrivent les moyens de traitement préalables que nous avons fait connaître, puis ils expriment leur opinion sur le moment où il paraît rigoureusement nécessaire de faire la trachéotomie.

Voici celle de chacun d'eux :

D'Arboval, dans la deuxième édition de son *Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaire*, s'exprime ainsi : « Si » la difficulté de la respiration persiste, il faut recourir à la » trachéotomie qui facilite l'hématose et fait cesser les sym» ptômes effrayants de l'asphyxie. » (Ann. 1838, t. II, p. 312, édit. belge.)

Lafore, mort professeur de pathologie à l'École de Toulouse, dit dans son *Traité sur les maladies des grands ruminants :* « Si la respiration devient de plus en plus difficile et sifflante, » la vie du malade est fortement en danger. Tous les efforts de » l'art doivent tendre à faciliter l'entrée de l'air dans les pou» mons. Pour remplir cette première indication il faut prati» quer la trachéotomie. » (Ann. 1843, p. 611).

Vatel est beaucoup plus explicite. Ce professeur vétérinaire, dans ses *Éléments de pathologie*, dit en effet : « *Dans le* » *cas* OU LA SUFFOCATION SERAIT A CRAINDRE, il deviendrait » nécessaire d'avoir recours à la trachéotomie. » (Ann. 1828, t. I, p. 218.)

M. Reynal, chef de service de clinique à Alfort, est non moins positif dans son remarquable article sur l'ANGINE CROUPALE DES ANIMAUX, inséré dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaire*. Voici comment il s'exprime :

« Si malgré l'emploi des saignées, des révulsifs, des sels » alcalins, les symptômes d'asphyxie s'aggravent, il faut se » hâter de pratiquer la trachéotomie ; *il vaut mieux pécher par*

» *trop de précipitation que d'attendre trop longtemps.* Si on » opère lorsque les forces de l'animal sont épuisées, il n'est » pas rare de le voir mourir nonobstant la voie ouverte au » rétablissement de la respiration et de la circulation. » (Art. ANGINE CROUPALE, t. I, p. 611, ann. 1856.)

M. Delwart, professeur de clinique et de pathologie à l'École vétérinaire de Bruxelles, dans son *Traité de médecine pratique*, exprime une opinion parfaitement arrêtée sur l'emploi de l'ouverture de la trachée lorsqu'il dit, après avoir prescrit les saignées et les révulsifs :

« Une précaution que le vétérinaire ne doit pas négliger, » surtout si le malade ne peut être constamment soumis à » son observation, c'est de pratiquer la trachéotomie. *Il vaut* » *mieux recourir à cette opération avant qu'il y ait urgence,* » *que de se bercer dans une trompeuse sécurité et d'attendre* » *que l'animal soit* MENACÉ *de suffocation ;* les symptômes » s'exaspèrent quelquefois tout à coup et si subitement, que » la mort arrive presque instantanément. »

M. Delwart répète à l'article CROUP DES BÊTES BOVINES : « *La* » *trachéotomie est indispensable pour* PRÉVENIR *la suffocation.* » (*Médecine pratique*, ann. 1850, t. I, p. 51 et 54.)

Comme on le voit, les autorités vétérinaires contemporaines dont nous venons de faire connaître les opinions et qui, le plus grand nombre, ont pratiqué la trachéotomie pour guérir le croup des animaux, s'accordent donc toutes à dire avec nous : qu'aussitôt que les moyens de traitement préalables paraissent incapables d'enrayer la marche du croup, ou si la difficulté de la respiration persiste et augmente, et avant que les accès de suffocation soient bien manifestes et annoncent les premiers signes, le début ou le commencement de l'asphyxie, il est opportun, utile, nécessaire même, pour guérir vite et bien, de pratiquer la trachéotomie. A plus forte raison si déjà l'anhématosie a débuté depuis quelques temps.

On ne peut disconvenir que le croup, par sa nature, son siége, sa marche rapidement envahissante, la formation rapide et répétée de fausses membranes, ne soit une maladie redoutable aussi bien chez les petits animaux que chez les enfants.

C'est aussi une affection très grave chez les grandes espèces domestiques; mais pourtant moins souvent mortelle que chez les petites. L'éloignement des bronches, du larynx, la longueur considérable de la trachée, le grand diamètre de ce conduit et de la glotte, donnent, nous le pensons, la raison suffisante de cette particularité. Nonobstant ces dispositions anatomiques heureuses, le croup n'en doit pas moins être considéré comme une maladie toujours grave, toujours sérieuse chez les grands animaux.

Mais, pour nous, la difficulté de la respiration, ou mieux, messieurs, l'hématose rendue difficile, incomplète, est une complication terrible qui vient prodigieusement aggraver le mal. C'est, en d'autres termes, une asphyxie rapide ou lente qui apporte inévitablement un trouble profond dans toutes les fonctions importantes de l'organisme, modifie et bientôt altère le sang, liqueur qui, au lieu d'aller partout porter l'excitation, la chaleur, le mouvement, la nutrition, la vie enfin, distribue des principes de destruction, d'anesthésie et de mort.

L'anhématosie incomplète est donc une condition très aggravante du croup, aussi bien, il est inutile de le dire, chez l'homme que chez les animaux. Éloigner le plus promptement possible cette condition de mort par la trachéotomie, n'est-ce pas, messieurs, une des premières, pour ne pas dire la première indication à remplir, parce qu'elle est la plus pressante, la plus indispensable.

En donnant un libre passage à l'air pour arriver aux poumons par une ouverture artificielle faite à la trachée, n'est-ce pas se fournir la possibilité de se préparer sans crainte et à son aise pour combattre le mal, changer la nature de l'inflammation croupale, chercher à rétablir la sécrétion normale de la muqueuse, faciliter le décollement des pseudo-membranes, hâter et provoquer leur expulsion, en un mot contribuer pour la plus large part à la guérison.

Quant à nous, messieurs, nous n'hésitons pas, soit après, soit pendant, soit le plus souvent même avant l'emploi de moyens de traitement préalables, à pratiquer la trachéotomie

sur les animaux, afin de pouvoir faciliter sans cesse pendant le cours du traitement l'acte si important de la respiration ou de l'hématose.

M. Malgaigne vous a dit, dans un de ses spirituels et très intéressants discours que j'ai écouté avec la plus religieuse attention : J'aimerais mieux qu'on allât sonner chez le chirurgien mon voisin que de venir sonner chez moi lorsqu'il s'agit de pratiquer la trachéotomie à un enfant atteint de croup. C'est un devoir, a-t-il ajouté, rigoureux, mais pénible, parce que par elle-même l'opération est grave et peut causer la mort. M. Trousseau lui-même est convenu de ce danger.

Après de telles déclarations, on comprend que l'hésitation du chirurgien soit permise; on comprend mieux encore l'indécision prolongée, les craintes fondées des parents, de laisser pratiquer sur leur enfant une opération à l'égard de laquelle les chirurgiens, les médecins les plus expérimentés se demandent encore à quelle période du mal on doit ou l'on ne doit pas opérer, et qui, aujourd'hui encore, s'occupent de dresser des statistiques des succès et des insuccès obtenus jusqu'à présent.

Les propriétaires des animaux affectés de croup, les vétérinaires qui sont appelés pour leur donner des soins, sont, messieurs, beaucoup plus à l'aise.

La grande longueur de la trachée sur les grandes espèces, son diamètre considérable, sa situation presque sous-cutanée, la largeur de ses cerceaux, la facilité d'éviter les hémorrhagies, la possibilité de placer un large tube coudé au milieu de la trachée, la rareté des accidents qu'entraîne le séjour temporaire du tube, enfin la très grande simplicité du manuel operatoire, sont autant de conditions rassurantes qui engagent le vétérinaire à conseiller cette opération et les propriétaires à la laisser faire. Ajoutons qu'en cas d'insuccès sur les animaux de boucherie, les cultivateurs peuvent tirer parti des opérés et en utiliser la chair et les autres produits. Au pis aller, les insuccès ne font que faire délier plus ou moins tristement les cordons de la bourse, tandis que chez les enfants ils touchent douloureusement le cœur.

Placés dans de telles conditions, les vétérinaires n'hésitent donc pas à ouvrir la trachée lorsqu'ils le jugent nécessaire, et cette opération leur a procuré des résultats très satisfaisants, ainsi que nous chercherons à le démontrer plus loin.

Quant au diamètre de l'ouverture qui doit être faite à la trachée, ils se guident à cet égard sur la difficulté de la respiration. Si la dyspnée est suffocante, ils pratiquent une large ouverture ovalaire en enlevant deux moitiés de cerceaux et placent dans la trachée un large tube simple, un peu plat, qu'ils peuvent retirer et nettoyer facilement. Que si, au contraire, ils opèrent pour venir en aide à une respiration qui se montre déjà laborieuse, sifflante, et s'ils sont obligés de quitter le malade, circonstance fort ordinaire dans la pratique rurale notamment, après avoir mis la trachée à découvert, ils divisent en travers le lien qui unit deux cerceaux pour introduire le tube; ou bien, ainsi que le conseille M. Reynal, ils pénètrent dans la trachée d'un seul coup de bistouri en incisant tout à la fois la peau, les tissus sous-jacents et le ligament inter-annulaire, dilatent la plaie et introduisent un tube courbé un peu aplati dans le conduit aérien.

Les soins ultérieurs à la trachéotomie, qui jusqu'à présent ont été donnés aux animaux, ont consisté à les placer dans des habitations où la chaleur est tempérée, à enlever, à nettoyer le tube afin de faciliter constamment l'entrée et la sortie de l'air.

Jusqu'à ce jour, les vétérinaires n'ont point cherché à utiliser la cravate destinée à laisser respirer un air chaud. Nous n'avons pas eu non plus l'occasion d'employer ce moyen que nous considérons comme très rationnel, mais qui peut pourtant être négligé sans inconvénient chez les grands animaux dont la trachée est fort longue et permettant, par cela même, à l'air qui a traversé le tube d'arriver avec une température assez élevée jusqu'aux poumons.

Les insufflations de calomel pur, ou de calomel et de quinquina, dans le larynx, la trachée et les bronches, à l'aide de l'ouverture faite à la trachée, ont été conseillées et utilisées

avec quelque avantage. Ces préparations favorisent la sécrétion muqueuse, le décollement et la séparation des produits pseudo-membraneux.

La cautérisation répétée de la plaie les trois à quatre premiers jours qui suivent la trachéotomie chez les enfants, considérée comme utile et même nécessaire par M. Trousseau, afin de prévenir des suppurations abondantes, des exsudations pseudo-membraneuses, puis plus tard des résorptions purulentes, des phlegmons diffus, des adénites suppurées, et blâmée avec sévérité par M. Malgaigne, n'est que très exceptionnellement employée chez les animaux. Nous n'avons jamais eu recours à ce procédé et nous n'avons jamais eu d'accidents à déplorer.

M. Reynal qui a fait bon nombre de trachéotomies sur de jeunes chevaux de troupe affectés, soit d'angines suraiguës ordinaires, soit d'angine croupale, nous a assuré avoir été forcé de recourir à la cautérisation de la plaie sur quelques animaux dont la constitution était délabrée et prédisposée au farcin, chez lesquels les plaies prenaient un mauvais aspect, sécrétaient un pus glaireux et tendaient à l'ulcération ; mais il a toujours eu recours à la cautérisation avec le fer rouge. Ces accidents, nous le répétons, sont très exceptionnels.

L'écouvillonnement de la trachée et du larynx, la cautérisation légère de la muqueuse malade avec la solution faible de nitrate d'argent a été conseillée par le vétérinaire amateur d'Arboval ; mais elles n'ont, que nous le sachions du moins, jamais été employées. L'instillation d'une liqueur cathérétique pourrait être essayée dans le croup bronchique, mais avec les plus grandes précautions.

Lorsque la trachéotomie a été pratiquée et que le croup existe dans le pharynx, le larynx et la partie supérieure de la trachée, et que le danger de l'asphyxie a été éloigné, les vétérinaires attendent patiemment la résolution de l'inflammation, le retour de la sécrétion muqueuse, le décollement et l'expulsion des fausses-membranes. Dans le but pourtant d'exciter, de favoriser la sécrétion de la muqueuse des

voies respiratoires, ils administrent à l'intérieur, dans le cas où la déglutition est possible, le calomel bien pur, le sulfure d'antimoine et l'oxymel scillitique. Puis, après quelques jours, ils provoquent l'expulsion des fausses membranes par un moyen très simple que nous avons conseillé en 1829. C'est, chez les chevaux, de boucher momentanément l'ouverture du tube et de provoquer la toux par une pression du larynx. Il arrive très souvent que, pendant la toux forte et répétée qui se produit alors, les animaux rejettent par les naseaux, soit des débris pseudo-membraneux, soit même de longues et épaisses fausses-membranes roulées sur elles-mêmes. Les bêtes bovines toussant moins facilement que les chevaux par la pression du larynx, le professeur vétérinaire suisse, M. Richner, conseille d'instiller du vinaigre ou tout autre liquide sternutatoire dans les cavités nasales, afin de provoquer un fort ébrouement et une toux répétée, bien capables d'entraîner les fausses membranes au dehors. Ces moyens peuvent être employés avec avantage.

Les aliments d'une facile digestion, et surtout très nutritifs sous un petit volume, sont surtout recommandés. A cet égard, les vétérinaires partagent, et nous partageons avec eux l'opinion de nos collègues MM. Trousseau, Bouvier et Malgaigne. Le pain, l'avoine ou l'orge cuits ; les pâtées farineuses pour les chevaux ; les soupes, les carottes, les betteraves, les navets cuits, pour le gros bétail, sont les aliments auxquels on a recours.

L'Académie sait pertinemment que M. Malgaigne considère la trachéotomie chez les enfants, et même chez les adultes, comme une opération qui, indépendamment de la cause pour laquelle on la pratique, peut être comptée parmi les *plus dangereuses* (p. 63 du *Bulletin*).

Elle a aussi entendu M. Trousseau lui déclarer que la trachéotomie *est une opération grave qui a ses dangers*, mais que M. Malgaigne a eu le tort d'exagérer (p. 225 du *Bulletin*). A ces deux assertions nous n'avons rien à répondre.

Mais désirant convaincre l'Académie sur les dangers de l'opération, M. Malgaigne a ajouté : « M. Trousseau a fait des

» expériences de trachéotomie sur les animaux, sur des » chiens, avec introduction d'une canule dans la trachée, et » le résultat de ces expériences est que les chiens ont éprouvé » divers accidents, un grand accablement et la fièvre pen- » dant plusieurs jours. *Quelques-uns malades, il est vrai, au » moment de l'expérience, ont eu des pneumonies mortelles.* » (P. 163 du *Bulletin.*)

A cette occasion, l'Académie voudra bien nous permettre d'intervenir et de lui dire ce que les observations et les expériences qui ont été faites ont appris à cet égard.

Chez les grands animaux, sur lesquels la trachéotomie *temporaire* est opérée, comme on la pratique dans le cas de croup, elle n'est jamais ni grave, ni dangereuse.

Si, exceptionnellement, la plaie offre quelques complications, elles sont sans gravité.

Les vétérinaires pratiquent souvent la trachéotomie *permanente* sur les chevaux, opération qui consiste à ouvrir largement la trachée et à placer dans ce conduit un tube à demeure d'un grand diamètre afin de faciliter la respiration dans le cas de cornage *persistant*. Ce gros tube séjourne dans la trachée pendant trois, quatre, six mois, une année, plusieurs années même, et les animaux le portent constamment pendant le repos comme pendant le travail.

Des accidents locaux dus au contact prolongé du tube sur la muqueuse, les cartilages, la plaie peuvent être produits, un emphysème pulmonaire peut quelquefois aussi être la conséquence d'un engouffrement rapide de l'air dans les poumons; mais ces accidents, cette maladie, ne deviennent jamais sérieux à ce point qu'ils puissent, par eux-mêmes, déterminer la mort.

M. Reynal, chef de service à Alfort, dans un remarquable travail sur la trachéotomie, rapporte des expériences auxquelles il s'est livré sur les suites de la trachéotomie *temporaire* pratiquée sur des chevaux et sur des chiens; 12 chevaux et 4 chiens ont été opérés, un tube a été placé dans la trachée et a séjourné dans ce conduit pendant deux, cinq, huit et dix jours. Un seul animal est mort d'une abondante suppuration

de la plaie. Les 15 animaux restants ont été sacrifiés pendant et après la cicatrisation de la plaie, et les viscères destinés à l'acte de la respiration se sont offerts parfaitement sains. Le chien qui a succombé a montré un peu d'emphysème pulmonaire et quelques traces légères et disséminées de pneumonie lobulaire.

De ces observations, de ces expériences, nous sommes donc, il nous semble, autorisés à conclure que la trachéotomie faite sur les grands et les petits animaux en bonne santé n'est une opération ni grave, ni dangereuse, dans l'immense majorité des cas.

J'ai hâte, messieurs, d'aborder une question capitale, celle de savoir si la trachéotomie faite dans le cas de croup des animaux est suivie de guérison, et si ces guérisons sont nombreuses, comparativement aux insuccès ou aux cas de mort.

Jusqu'à ce jour, les vétérinaires ont pratiqué très souvent avec succès la trachéotomie dans le cas de croup pharyngo-laryngien; mais ils ne se sont pas attachés, ainsi que l'ont fait les médecins et les chirurgiens, à recueillir les succès et les revers dans l'intention de faire adopter une opération qu'ils n'hésitent pas à pratiquer parce qu'elle est généralement suivie de résultats heureux.

Quant au croup qui tout à la fois a son siége dans le larynx, dans la trachée et dans les bronches, la trachéotomie étant opérée alors au-dessus de l'obstacle qui s'oppose à l'entrée de l'air, on comprend qu'elle ne soit que très rarement suivie de guérison. Tenant compte de ces circonstances diverses, nous avons classé les succès et les insuccès qui ont été obtenus dans les observations peu nombreuses de croup ayant nécessité la trachéotomie qui ont été publiées, et nous en avons fait un relevé que nous allons faire connaître.

Relevé des guérisons obtenues par l'opération de la trachéotomie dans le croup pharyngo-laryngien et laryngo-bronchique des animaux.

DATES.	OPÉRATEURS.	ESPÈCES d'animaux.	NOMBRE d'opérations pratiquées.	GUÉRIS.	MORTS après l'opération.
1752.	Bourgelat.	Cheval.	1	1	0
1812.	Gouzil.	Bœuf.	1	0	1 (*a*)
1826.	Gellé.	*id.*	2	2	0
1828-1829.	Delafond.	*id.*	3	1	2 (*b*)
1833.	Riss.	Cheval.	1	1	0
1839.	Delafond.	*id.*	7	6	1 (*c*)
1842.	Delwart.	*id.*	4	4	0
1850.	Rey.	*id.*	1	0	1 (*d*)
			20	15	6

(*a*) Opération très tardive, sept jours après le début du croup.
(*b*) Croup laryngo-bronchique et croup laryngo-bronchique avec pneumonite.
(*c*) Croup bronchique avec pneumonite.
(*d*) Croup laryngo-bronchique.

Ce relevé démontre, en somme, que la trachéotomie faite lorsque le croup existe, soit dans le pharynx et le larynx, soit tout à la fois dans le larynx, la trachée et les bronches, même lorsque, dans ce dernier cas, il est compliqué de pneumonite, procure 67 à 68 guérisons sur 100 opérés.

Ces résultats sont donc très remarquables, puisque chez les enfants, et d'après les statistiques les plus heureuses, le chiffre des guérisons n'atteindrait que 64 pour 100, chiffre qui serait même moins élevé selon M. Malgaigne.

Nous avons dit que la trachéotomie, chez les grands animaux, ne pouvait, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, conserver la vie, alors qu'elle était faite peu de temps avant la mort et dans les cas de croup laryngo-bronchique avec ou sans pneumonite. Et pourtant nous avons voulu faire figurer ces cas défavorables dans notre petit relevé.

Mais si, pour être exact, nous établissions une statistique des guérisons obtenues par la trachéotomie *préventive* ou faite *pour prévenir la suffocation ou la complication si redoutable de l'anhématosie, et la propagation du croup du larynx dans les bronches*, nous pourrions, sans nous éloigner de la vérité, établir un chiffre de 75 à 80 guérisons sur 100 opérés, et nous serions certain que ce chiffre ne serait pas trouvé exagéré par les praticiens vétérinaires.

On pourrait nous demander si, dans les cas dont nous avons donné le relevé, il s'agissait d'un croup véritable ou avec présence de fausses membranes dans le larynx, et même la partie supérieure de la trachée. Nous répondrions à cette question d'une manière positivement affirmative.

En effet, sur les 15 opérés et guéris, on a constaté 15 fois le rejet ultérieur à l'opération de nombreux lambeaux pseudo-membraneux. Les animaux étaient donc bien affectés d'angine croupale.

Il nous importe de faire remarquer que les guérisons de 67 à 68 pour 100 ont toutes été obtenues sur les grands animaux, les chevaux et les bœufs.

Le croup attaque aussi quelquefois, nous l'avons dit, les porcs, les chiens, les chats, les oiseaux de basse-cour; mais nous ne connaissons aucun exemple de trachéotomie pratiquée sur ces animaux qui, excepté le chien et le chat, sont sacrifiés soit dès le début du mal, soit lorsqu'il est reconnu incurable, afin d'utiliser leur chair pour l'alimentation.

Nous avons dit que le croup des grands animaux était moins grave que chez les enfants, et que, par les moyens de traitement que nous avons fait connaître, on obtenait bon nombre de guérisons de croup sporadique particulièrement, sans avoir recours à l'ouverture de la trachée; mais nous devons aussi bien faire observer que, dans tous les cas qui figurent dans notre relevé, l'opération nous a paru rigoureusement indiquée pour prévenir ou pour s'opposer à l'asphyxie.

En définitive, et en tenant compte de toutes les circonstances favorables ou défavorables à la guérison du croup sur les grands animaux domestiques, nous arrivons à cette con-

clusion que la trachéotomie contribue pour une *très large part à la guérison*, et que l'on ne doit point hésiter à la pratiquer, soit pour prévenir, soit pour s'opposer à l'anhématosie, puisque, dans les cas où cette opération, étant rigoureusement indiquée, a été pratiquée, elle a procuré la guérison dans une proportion de 68 pour 100.

Considérant toute la gravité de la trachéotomie chez les enfants, nous comprenons et la réserve très sage des chirurgiens les plus habiles lorsqu'il s'agit de l'exécuter, et l'espérance très légitime des résultats quelquefois heureux que peut donner l'emploi des moyens de traitement préalables dont l'expérience a constaté l'efficacité; mais attendre que les fausses membranes soient assez nombreuses, assez épaisses, assez accumulées dans le larynx et la trachée pour rendre difficile l'acte de la respiration ; que les accès de suffocation soient très rapprochés, et qu'il y ait début ou commencement d'asphyxie; que le sang ait subi un commencement d'altération grave; que l'enfant soit déjà épuisé et par la maladie, qui est si sérieuse par elle-même, et par un commencement d'anhématosie; n'est-ce pas trop longtemps attendre, n'est-ce pas, messieurs, compromettre le succès de l'opération?

Nous prêchons assurément des convertis dans M. Trousseau, M. Bouvier, et *bon* nombre de nos honorables collègues; mais nous adjurons, dans l'intérêt de la conservation de très chers et pauvres petits enfants atteints de croup, les médecins et les chirurgiens qui hésitent encore sur le moment opportun de pratiquer la trachéotomie, de vouloir bien prendre en considération les résultats heureux que cette opération a fait obtenir dans le croup des animaux.

Tels sont les faits, les observations et les réflexions que nous désirions soumettre à l'Académie en intervenant dans une discussion du plus haut intérêt, puisqu'elle a trait à l'une des plus graves maladies des enfants, et à une opération qui peut leur conserver la vie, et je m'estimerai fort heureux si j'ai pu fournir quelques enseignements utiles qui puissent profiter à la science et à l'humanité.

— M. Barth : Messieurs, les questions qui s'agitent devant vous depuis quelque temps me semblent près d'être résolues. La vérité se fait jour petit à petit, et s'il reste quelques divergences d'opinions sur les statistiques, si quelques doutes subsistent encore à cet égard, ces doutes seront levés par M. Trousseau et par M. Bouvier. Pour moi, je ne veux dire que quelques mots sur l'opportunité du rapport, sur le moment favorable pour l'opération, sur ses conditions de succès, enfin et surtout sur les indications précises de l'urgence de la trachéotomie.

Assurément, messieurs, s'il ne s'était agi que de l'invention de M. Bouchut, le rapport de M. Trousseau n'aurait pas été aussi nécessaire qu'il l'est devenu. Mais la trachéotomie a été mêlée d'une façon malheureuse à la question du tubage. On a dit que la mortalité dans le croup avait augmenté *depuis* la trachéotomie, ce qui signifie, pour qui s'attache au vrai sens des mots, que la mortalité a augmenté *par le fait* de la trachéotomie. Il y a dans ces paroles une calomnie, qui n'est pas seulement regrettable parce qu'elle compromet une opération, mais parce qu'elle compromet la dignité de l'art. Cette calomnie a pénétré jusque dans les familles ; plus d'un praticien a été exposé à des récriminations rétrospectives, et plus d'une mère, les larmes aux yeux, s'est reprochée à elle-même d'avoir laissé pratiquer une opération qu'elle accuse de la mort de son enfant. En présence d'une accusation aussi fausse, le rapport, ou si vous voulez la défense de M. Trousseau était indispensable, et il était naturel que le tubage disparût devant l'intérêt majeur de la trachéotomie.

Quand il s'agit de décider dans quel moment il faut faire l'opération, on rencontre une difficulté relative à la détermination des périodes du croup. Je ne m'arrêterai pas sur ces difficultés, qui me semblent plus apparentes que réelles. Il importe peu que tout le monde n'admette pas le même nombre de périodes dans le croup, comme on n'admet pas le même nombre de degrés dans les brûlures ; il suffit que l'on s'entende sur la gravité que présente la maladie à un moment donné et sur les symptômes que révèlent cette gravité.

A ne considérer que les dangers courus par les malades, il y a des trachéotomies hâtives, il y en a de tardives. Les premières, on les a appelées *prématurées;* pour moi, je les appelle *opportunes* et ne crains pas d'appeler les secondes *inopportunes.* Il résulte de toutes les statistiques, que les premières comptent de nombreux succès, tandis que les autres ne comptent guère que des revers.

Dans le premier cas, l'opération, a-t-on dit, ne réussit que parce qu'elle est faite trop tôt ; singulier reproche, qu'il n'est que trop facile de retourner contre les trachéotomies tardives, en disant qu'elles n'échouent que parce qu'elles sont faites trop tard.

Je ne vois pas, messieurs, pourquoi on abandonnerait quand il s'agit de la trachéotomie, les règles qui guident les praticiens dans l'indication de toutes les opérations chirurgicales. Est-ce qu'un chirurgien prudent attendra, en présence d'une fracture grave avec écrasement des os et des parties molles, que le membre soit tombé en gangrène pour en pratiquer l'amputation ; et s'il arrive qu'un malade, qui a repoussé l'amputation, guérisse en conservant son membre, cette exception détruit-elle la raison de l'opération? Il en est de même pour la trachéotomie : il peut se faire que cette opération, jugée opportune, n'ait pas été faite et que le malade ait guéri, sans que l'on soit en droit pour cela d'accuser le défaut de précision des indications thérapeutiques.

Quand M. Trousseau a parlé des conditions de succès de la trachéotomie, il n'a pas dit, il n'a pas pu dire qu'il fallait s'abstenir de toute médication et attendre pour opérer que l'asphyxie fût imminente. Il a seulement signalé comme se présentant dans les conditions les plus favorables, les enfants qui n'avaient pas subi un traitement général débilitant. A cet égard, je ne puis encore que l'approuver ; et, pour emprunter une nouvelle comparaison à la chirurgie, je dirai que la trachéotomie réussit mieux sur un enfant vierge de traitement, de même que la kélotomie a plus de chance de succès quand la hernie n'a pas été soumise à des tentatives immodérées de réduction et à d'imprudentes manipulations. Je n'en conclus pas qu'on doive s'abstenir de traiter le croup ; je crois, au

contraire, qu'un certain nombre ont guéri par un traitement convenable; mais il est à regretter que ces guérisons ne soient pas plus nombreuses.

Faut-il opérer les enfants au-dessous de deux ans? Ceux es collègues qui ont répondu par la négative ont été vivement blâmés par M. Malgaigne. Pourtant, si les faits ont démontré que la trachéotomie, dans ces conditions, est constamment mortelle, on n'a rien de mieux à faire que d'écouter les conseils de l'expérience. A côté de cette contre-indication, je placerai la diphthérite généralisée.

Quant aux indications précises de la trachéotomie, l'orateur les résume ainsi : respiration sifflante, toux sifflante ou éteinte, extinction de la voix, refroidissement des extrémités, teint plombé caractéristique et parfois anesthésie. L'auscultation fournit une indication plus précise encore, en permettant de mesurer par l'étendue des points où le murmure vésiculaire est affaibli ou aboli, l'obstacle apporté à la libre introduction de l'air dans la poitrine. Si cet affaiblissement n'est que partiel, il faut s'abstenir de l'opération; si le bruit respiratoire est aboli partout, il ne faut pas la retarder d'une heure, parce que la mort est imminente.

Cette détermination de l'opportunité de la trachéotomie est-elle donc, continue M. Barth, si vague et si élastique? a-t-elle moins de précision que la détermination des cas dans lesquels les chirurgiens décident l'amputation des membres?

De toute cette discussion il ressortira que la trachéotomie, un moment calomniée, sera de nouveau considérée comme une des plus belles et des plus précieuses ressources que la thérapeutique emprunte à la médecine opératoire.

Pour ce qui est du tubage, c'est une ébauche sur laquelle toute conclusion formelle est encore impossible. Les expériences de M. Trousseau ont bien déjà jeté quelque lumière sur la valeur de cette méthode, mais on ne saurait quant à présent ni l'approuver ni l'improuver d'une façon positive. C'est une question que l'avenir seul peut décider.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

LECTURES.

Léniceps.

M. Mattei est admis à présenter un modèle de forceps modifié par lui ; il ne croit pas avoir besoin de le décrire : sa simplicité, dit-il, fait qu'en le voyant on en saisit aussitôt le mécanisme.

La figure 1 représente l'instrument appliqué, la figure 2,

Figure 1.

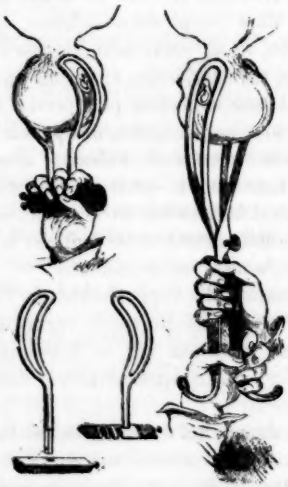


Figure 2. Figure 3.

le même désarticulé, la figure 3, le forceps ordinaire à son application.

M. Mattei croit que son instrument est applicable à tous les cas dans lesquels on emploie les divers forceps, et que sous ce rapport il les remplace ; il assure l'avoir appliqué avec un égal avantage sur le détroit inférieur dans l'excavation, sur le détroit supérieur et même dans des vices de conformation du bassin, qui permettent à peine le passage d'un en-

fant vivant. (M. Depaul est prié d'examiner cet instrument et d'en rendre compte à l'Académie.)

— La séance est levée à cinq heures.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Du rhumatisme envisagé spécialement pendant la grossesse et l'accouchement, par M. le docteur V. Gautier. Genève, 1858.

Lettre sur le service de santé militaire, par M. le professeur J.-P. Gama.

Emploi thérapeutique des corps gras phosphorés extrait de la moelle allongée des mammifères herbivores, par M. le docteur V. Baud (Extrait des comptes-rendus de l'Institut).

La médecine traditionnelle et l'homœopathie, procès intenté au journal l'Union médicale par douze homœopathes.

Dissertation sur les médecins-poëtes belges, par M. C. Broeckx.

Programmes des prix de la Société impériale de médecine de Bordeaux.

Compte rendu des travaux de la Société de statistique de Marseille, année 1854-1855, et 1er semestre de 1856.

Sitzungsberichte Math. naturw., XXIV-XXV, 1, 2; XXVI-XXVII, 1; XXVIII, 1, 7.

Denkschriften philos. histos., XXIX, 8, 11; XXX, 12, 15.

Denkschriften Math. naturw., XIV.

Jahrbücher der centralanstalt für Meteorologie, Bd. V.

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, par M. Milne Edwards. In-8, t. IV.

Essai sur l'anesthésie provoquée, appliquée aux opérations chirurgicales et aux accouchements, par M. le docteur Sixte-Guillaume Normand-Dufié.

De l'insalubrité des volailles nourries de viandes en état de putréfaction, par M. le docteur E. Duchesne.

Documents pour servir à l'histoire de la bibliographie médicale belge avant le XIXe siècle, 1er supplément, par M. le docteur C. Broeckx.

Levensschets van Willem-Jan Stevens, par le même auteur.

La médecine militaire française, par M. le docteur André Marcel.

Journal de pharmacie et de chimie. Janvier 1859.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Janvier 1859.

Bulletin de la Société impériale des naturalistes de Moscou; 1858, n° 11.

M. le docteur Holst adresse à l'Académie, au nom de l'Université royale de Norwége à Christiania, dont il est le secrétaire, plusieurs ouvrages et brochures publiés par cette Université.

Montpellier médical. Janvier.

Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. V, 3e livraison.

Annuaire de la Société météorologique de France.

Journal des Savants. Décembre.

Le Progrès, t. III, n. 1.

L'Abeille médicale, n. 2.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 2.

Gazette médicale de Paris, n. 2.

La France médicale et pharmaceutique, n. 2.

L'Union médicale, n. 2 à 4.

Gazette des hôpitaux, n. 2 à 4.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 2 à 4.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 2.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur LEMOINE sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Château-Chinon. (*Commission des épidémies.*)

II. La recette d'une composition à laquelle on attribue la propriété de guérir les scrofules, etc. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Le rapport de M. le docteur DIMBARRE, sur le service médical des eaux de Cauterets pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Mémoire sur l'influence de la vaccine, sur la variole et sur l'opportunité des vaccinations et des revaccinations pendant l'épidémie variolique, par M. le docteur CHEVANCE. (*Commission de vaccine.*)

II. Note sur le traitement médical et préservatif du croup, par M. le docteur LOISEAU. (*Commissaires :* MM. Nélaton, Blache et Trousseau.)

III. Note sur une méthode particulière pour guérir l'hydrocèle presque extemporanément et sans opération, par M. le docteur PÉTREQUIN. (*Commissaires :* MM. Gavarret et Jobert.)

IV. M. le docteur PANIS adresse à l'Académie un extrait du

registre des délibérations du Conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Reims au sujet des vaccinations pratiquées dans cet arrondissement pendant l'année 1857. (*Commission de vaccine.*)

V. M. le docteur Pons envoie à l'Académie une note faisant suite à celles qu'il a adressées précédemment sur les *Aphorismes d'Hippocrate.*

VI. M. le docteur Guyot réclame comme lui appartenant l'idée première de l'anesthésie cutanée. (*Renvoi à la Commission.*)

RAPPORTS.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une réponse adressée par cette commission à M. le ministre relativement à une demande faite par MM. Labarraque et Cᵉ, à l'effet d'obtenir la délivrance d'une copie d'un rapport adopté par l'Académie dans sa séance du 24 février 1857, et portant approbation de la formule de l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux. La commission conclut qu'il n'y a pas lieu de délivrer cette copie, réclamée évidemment pour livrer à la publicité un rapport destiné à l'Académie seule.

DISCUSSION.

Tubage de la glotte et trachéotomie.

M. Bouvier : Messieurs, il y a dans le discours de mon honorable collègue M. Malgaigne, des parties auxquelles, pour toute réponse, j'appliquerai ces paroles de l'orateur romain : « *Est hominibus facetis et dicacibus difficillimum habere hominum rationem et temporum, et ea quæ occurrant, quum salsissimè dici possint, tenere* (1). » (Il est bien difficile aux

(1) Cic., *de Oratore*, l. II, § 54, édit. Leclerc.

esprits naturellement plaisants et railleurs d'avoir égard aux personnes et aux circonstances, et de retenir un trait facétieux lorsqu'il se présente à eux.)

J'entre en matière :

Je suis heureux, d'abord, de constater que sur un point, sur le chiffre brut de notre statistique de l'hôpital, le différend est à peu près terminé. M. Malgaigne nous accorde 112 guérisons, juste le chiffre de M. Guersant ; je dirai seulement que j'ai revu les registres de M. Guersant et que j'y ai retrouvé 4 guérisons omises dans son relevé; cela fait donc 116. M. Malgaigne a expliqué lui-même pourquoi les registres de l'administration donnent 133 ; c'est qu'ils ne distinguent pas assez exactement les guérisons des sorties. MM. Roger et Sée ont adopté le chiffre de 126 ; ce n'est pas comme *moyen terme* et *sans aucune critique*, ainsi que M. Malgaigne l'a prétendu : c'est après un examen approfondi, c'est en mettant à profit un moyen de contrôle qui leur était fourni par les observations des thèses, que MM. Roger et Sée ont été conduits à ce chiffre. Ils ont 10 guérisons de plus que M. Guersant. Pourquoi cela? Parce qu'ils ont cru devoir porter des cas d'opérés guéris du croup et morts d'autres affections, plus un cas de seconde opération chez un enfant sauvé, deux mois auparavant, par une première trachéotomie.

Écartons ces 10 cas, soit ; il restera toujours 116 guérisons, c'est-à-dire 24 à 25 sur 100 malades, au lieu de 26 à 27, proportion indiquée par MM. Roger et Sée. Je dirai, avec M. Malgaigne, que cette différence importe assez peu.

Mais M. Malgaigne fait à notre statistique un autre reproche. Suivant lui, ce sont des cas de croup opérés sans nécessité qui grossissent le chiffre de nos guérisons ; on n'a pas les mêmes succès en ville, parce qu'on n'y a pas *ses coudées franches*, parce qu'on n'y est pas libre d'opérer des croups qui n'en ont pas besoin. Ceci est grave ; mais poursuivons. Si nous avons, à l'hôpital des Enfants, plus de guérisons depuis 1850, cela ne dépend pas, suivant M. Malgaigne, des perfectionnements du traitement consécutif ; c'est parce que M. Trousseau nous a apporté une *idée*, l'idée d'opérer, sans

aucun traitement préalable, *dès que l'existence du croup est constatée.* M. Trousseau, en dépit des autres chefs de service, qui ne partageaient pas son *idée*, aurait amené les internes à la mettre en pratique. Ceci est une petite découverte faite par M. Malgaigne dans les loisirs de l'indisposition, grâce à Dieu passagère, qui l'a un moment éloigné de nous.

Ce n'est pas tout. M. Trousseau a quitté notre hôpital à la fin de 1852, et justement nous avons eu moins de guérisons en 1853 ; voyez, dit M. Malgaigne, c'est que l'*idée* avait quitté l'hôpital des Enfants. Cependant elle ne l'avait pas tout à fait quitté, notre collègue en convient ; c'est pour cela apparemment que nous avons eu les mêmes guérisons en 1854 et en 1855 qu'en 1852 ; que nous en avons eu autant en 1856 qu'en 1850. M. Malgaigne admet même que l'*idée* se trouvait encore à notre hôpital en 1858, puisqu'il nous apprend qu'il l'en a bannie dans les derniers mois de l'année, sans doute à jamais ! Oui, messieurs, vous ne vous en seriez pas doutés, l'idée de M. Trousseau, venue avec lui à l'hôpital des Enfants, partie avec lui en 1852, vient d'être de nouveau chassée par les paroles de M. Malgaigne. « C'est une révolution, » vous a-t-il dit, et il s'en applaudit ; « le drapeau de M. Trousseau est déchiré, a-t-il ajouté, il traîne dans la poussière. »

Est-ce que tout cela est sérieux ? Est-ce donc ainsi qu'on écrit l'histoire ? Les beaux travaux de M. Malgaigne sur les temps hippocratiques, sur le siècle d'A. Paré, nous avaient habitués à lui voir comprendre d'une tout autre façon l'histoire de la chirurgie.

Faut-il répéter ce qui a été dit des statistiques de la ville ? Faut-il remettre sous vos yeux les documents produits par M. Trousseau ? Non, assurément, vous êtes aujourd'hui convaincus, aussi bien que moi, que, *toutes conditions égales d'ailleurs,* la trachéotomie, dans le croup, réussit encore mieux en ville qu'à l'hôpital.

Que faisait-on à l'hôpital des Enfants, dans le cas de croup, en 1850, 1851, 1852, dans ces années qu'a signalées le triomphe de l'*idée* de M. Trousseau, de cette idée, — vous savez, — d'opérer tout croup dûment constaté ? Ce qu'on y

faisait ? Vous allez l'apprendre des chefs de service, des internes d'alors, comme vous avez appris des chefs de service, des internes d'hier, ce qu'on y faisait en 1858.

Voici un nouveau *faisceau;* ce sont quatorze lettres en réponse aux questions que j'ai adressées à leurs auteurs. Je ne les lirai pas toutes intégralement, je me bornerai, pour la plupart, à en extraire les passages les plus essentiels.

Lettre de M. Guersant.

« J'ai lu avec surprise dans le discours de M. Malgaigne, que, lorsque nous avions l'avantage d'avoir pour collègue à l'hôpital des Enfants M. le professeur Trousseau, les succès dans la trachéotomie n'étaient dus qu'à ce que M. Trousseau enseignait d'opérer dès que le croup était constaté et avant l'emploi de tout traitement médical. Je n'ai jamais entendu M. Trousseau tenir ce langage; jamais je ne l'ai vu pratiquer une opération sans avoir épuisé les moyens médicaux; jamais, ni lui, ni aucun de nos collègues de l'hôpital, ni moi, n'avons eu d'opinion différente à ce sujet. M. Trousseau a toujours conseillé, et comme lui, j'ai toujours enseigné aux internes de ne pratiquer l'opération que lorsque l'étouffement était continu, et autant que possible, avant l'asphyxie. Malheureusement, vous le savez comme moi, on amène rarement les enfants au début du croup; c'est presque toujours lorsqu'on a épuisé tous les moyens médicaux en ville, qu'ils sont adressés à l'hôpital, et ils sont presque tous tellement affaiblis et tellement près de succomber, que, dans la plupart des cas, il n'y a plus autre chose à faire qu'à les opérer de suite.

» J'ajouterai que c'est depuis que nous n'écouvillonnons plus la trachée-artère et que nous ne portons plus de solutions caustiques dans l'appareil respiratoire, que nous avons plus de succès. Enfin, je dois dire que les soins consécutifs minutieux, conseillés par M. Trousseau, contribuent, *comme cela a lieu d'ailleurs dans toutes les opérations*, aux bons résultats que nous obtenons.

» M. Malgaigne a prétendu que j'étais en opposition avec

vous ; relativement au moment où il convient d'opérer, comme vous, je suis convaincu qu'il y a opportunité de pratiquer l'opération (toutes les fois qu'on le peut) avant que l'asphyxie ne soit avancée ; je n'ai pas voulu dire autre chose dans le rapport que j'ai fait dernièrement à la Société de chirurgie. »

Lettre de M. Blache.

« J'ai écrit à M. Malgaigne, à propos de la question engagée actuellement à l'Académie, que depuis treize ans que je suis médecin de l'hôpital des Enfants, jamais je n'ai permis de faire la trachéotomie qu'alors que le traitement médical ayant été en quelque sorte épuisé, les accès de suffocation se répétaient assez pour faire craindre l'asphyxie et la mort prochaine. »

C'est là-dessus que M. Malgaigne a jugé M. Blache *entièrement opposé* aux indications établies par M. Trousseau !

Lettre de M. Bouley.

« Ayant été chargé pendant plusieurs années consécutives du service de M. Baudelocque, à l'hôpital des Enfants, je puis vous certifier que, durant cet intervalle de temps, je n'ai jamais vu ou fait pratiquer l'opération de la trachéotomie que dans les cas de croup confirmé et quand la marche et les symptômes de la maladie annonçaient un danger prochain pour la vie. Ces opérations, pour la plupart, ont été faites par M. Guersant, et lorsque, par exception et vu l'urgence, elles l'ont été par les internes du service, ç'a été dans les mêmes circonstances. Enfin, et quel qu'ait été le résultat, je ne me rappelle pas un seul cas où nous ayons eu à regretter d'avoir eu recours à cette dernière ressource. »

Lettre de M. le docteur Labric, interne de 1850.

« D'après l'enseignement qui nous fut donné en 1850 à l'hôpital des Enfants malades, voici quelle était la règle établie :

» A l'arrivée d'un croup, un traitement médical était tout

d'abord institué, fondé sur les vomitifs, puis sur le traitement de Miquel (alun et calomel) ; quand ce traitement n'amenait point d'amélioration et qu'il y avait des signes d'asphyxie non équivoques, *alors seulement* on avait recours à l'opération. »

Lettre de M. le docteur BEAUVAIS, interne de 1850.

« ..... La visite de M. Bouley, qui finissait tard, ne m'a pas permis de suivre l'enseignement de M. Trousseau. Cependant..... je ne crois pas que M. Trousseau fît une règle de trachéotomiser les croups dès que l'existence des fausses membranes dans le larynx était constatée ; mais il conseillait d'opérer de bonne heure, de ne pas attendre la période asphyxique, sous peine de compromettre le succès de l'opération.....

» Les internes, mes collègues de 1850 et moi, n'avons jamais opéré que dans le cas d'asphyxie imminente, jamais qu'à la dernière extrémité, lorsque le malade ne nous paraissait plus avoir une demi-heure à vivre.

» Le traitement opposé au croup était : vomitifs, sangsues dans certains cas, appliquées loin du cou, purgatifs, onguent mercuriel, cautérisation, à l'aide du nitrate d'argent, des fausses membranes accessibles, alun et calomel 0,10, alternativement toutes les deux heures (Miquel)..... »

Lettre de M. le docteur Sainet, interne de 1850.

« ..... L'impression que j'ai gardée de quelques opérations que M. Trousseau a faites pendant mon internat à l'hôpital des Enfants, est qu'il agissait dès qu'il était sûr de son diagnostic, sans attendre que la maladie arrivât à une période très avancée.....

» Quant à nous, nous n'avons jamais suivi cette règle. Nous avions recours d'abord aux vomitifs répétés, aux révulsifs, aux cautérisations, etc., et ce n'était que quand nous ne pouvions rien espérer de tous ces moyens, quand l'asphyxie était imminente, que nous nous décidions à l'opération..... »

Lettre de M. le docteur Gondoin, interne de 1850.

« ..... 1° M. Trousseau n'enseignait pas qu'on devait pratiquer la trachéotomie aussitôt l'existence du croup constatée ;

» 2° On opérait le plus tard possible, c'est-à-dire après constatation évidente de l'inutilité des moyens médicaux et en présence de l'asphyxie commençante.....

Lettre de M. le docteur Dufour, interne de 1851.

« ..... Jamais, je puis l'assurer, je n'ai entendu dire à M. Trousseau que la trachéotomie devait être pratiquée aussitôt les signes certains du croup, les fausses membranes constatées. Il nous exhortait seulement à ne pas abandonner cette dernière chance de salut quand toute autre avait disparu, et à ne pas trop différer si tout autre moyen était reconnu impuissant à dissiper l'asphyxie imminente.....

» Les malades étaient soumis à une médication et à une expectation d'une à plusieurs heures, selon les cas, pour juger par nous-mêmes de l'intensité et de l'aggravation des symptômes.

» L'indication principale de la trachéotomie se tirait de la fréquence des accès de suffocation, de leur forme, qui trahit une impuissance absolue de faire pénétrer l'air dans la poitrine; l'inspiration est aphone, le creux épigastrique se creuse profondément à chaque inspiration, et le murmure vésiculaire fait défaut à l'auscultation. Voilà des signes qui nous paraissaient suffisants quand *ils avaient été précédés de médications restées jusque-là sans succès, du moins durable.*

» Enfin, pour corroborer ma réponse, permettez-moi de vous citer deux faits qui me sont personnels sur ce sujet. Le peu d'expérience que j'ai pu acquérir sur cette maladie, je le tiens de mon année d'internat de 1851, et vous verrez par les faits suivants que j'avais appris à attendre avant de porter le couteau sur la trachée..... » (Suivent deux observations de croup grave guéri sans opération.)

Lettre de M. le docteur Becquet, interne de 1851.

« ..... Mes collègues et moi, nous nous conformions de notre mieux aux préceptes que, bien souvent, M. Trousseau avait développés à sa clinique.

» Nous tenions compte surtout de deux indications principales : n'opérer que dans les cas de croup confirmé; opérer quand existaient des phénomènes manifestes d'asphyxie.....

» Lorsque ces deux indications étaient établies, nous n'attendions plus et nous opérions aussitôt. Voici les raisons qui nous engageaient à opérer sans retard :

» Nous avions appris de nos maîtres, et nous savions par la pratique désastreuse de l'hôpital pendant les années antérieures à 1849, qu'on ne doit avoir qu'une foi médiocre dans le traitement médical du croup.

» En pratiquant la trachéotomie, nous nous proposions d'augmenter les chances qu'avait l'enfant de vivre jusqu'à ce que la maladie eût atteint son terme; et, en la pratiquant de bonne heure, de lui épargner cette lutte horrible contre l'asphyxie, dans laquelle il épuise ses forces.....

» Je vous ai dit, monsieur, que nous opérions sans retard quand le croup était confirmé et que l'asphyxie commençait; mais nous nous abstenions aussi longtemps que possible lorsque les signes confirmatifs manquaient. J'ai encore le souvenir d'un enfant qui devait être âgé de deux à cinq ans.... qui me tint toute une journée hésitant entre la crainte de le laisser mourir asphyxié ou de faire une opération condamnable : le soir, les accidents se calmèrent; le lendemain, il avait une éruption de rougeole. Je puis affirmer qu'aucun de nous n'a commis la faute que j'aurais pu commettre par trop de précipitation. »

Lettre de M. le docteur Caillault, interne de 1851.

« Pendant les trois années que j'ai été attaché à l'hôpital des Enfants, c'est-à-dire en 1847, 1849 et 1851, la manière d'envisager la trachéotomie a singulièrement varié. Ainsi, en 1847, l'intervention chirurgicale était sévèrement proscrite

dans le croup ; il était alors reçu dans les traditions de l'hôpital que, depuis une vingtaine d'années, la trachéotomie n'avait pas donné un seul résultat heureux.

» Néanmoins, à cette époque, j'avais déjà assisté, pendant mon internat à l'hôpital de Tours, à des opérations de trachéotomie, dont l'une, pratiquée par les docteurs Thomas et Charcellay dans un cas de croup, avait été suivie de succès.

En 1849, mon chef de service, M. Bouley, sachant que M. le professeur Trousseau, nouvellement installé à l'hôpital des Enfants, avait obtenu une guérison, me recommanda d'étudier attentivement les procédés opératoires et les soins consécutifs, afin de pouvoir les imiter soigneusement. Or, dans le cours de cette année 1849, huit trachéotomies furent faites dans le service de M. Bouley. Un seul cas fut suivi de guérison..... La principale indication de la trachéotomie était alors une asphyxie très avancée. Aussi les huit opérations furent-elles pratiquées *in extremis*.

» En 1851, les choses étaient un peu changées. M. le professeur Trousseau conseillait de ne pas laisser prolonger aussi longtemps l'asphyxie pour se décider à l'opération..... Même à cette dernière époque, nous avions pour règle, mes collègues et moi, de n'opérer qu'après que la diphthérite laryngée avait été dûment confirmée, et quand la mort nous paraissait imminente par un commencement d'asphyxie..... »

Lettre de M. le docteur Archambault, interne de 1852.

« En 1852, M. Trousseau enseignait qu'il fallait recourir à la trachéotomie quand, chez un enfant qui avait eu ou avait encore l'angine couenneuse, on constatait les symptômes suivants : toux et voix éteintes, accompagnées d'une dyspnée très considérable, constante, et d'accès violents de suffocation intermittents. Dans ce sens seulement, M. Trousseau enseignait d'opérer dès que le croup était constaté..... Ce moment où le croup est définitivement constaté répond précisément à ce qu'on désigne, sans pouvoir la bien limiter, sous le nom de deuxième période ou période moyenne du croup.

» Les internes de l'hôpital des Enfants, en 1852, suivaient le précepte de M. Trousseau, ainsi compris, et n'opéraient que quand les symptômes précédents avaient été suffisamment observés, c'est-à-dire quand ils avaient été observés à plusieurs intervalles, ce qui plaçait l'opération juste en pleine période asphyxique. Mais, avant de recourir au bistouri, ils soumettaient les enfants à des médications qui pouvaient varier un peu, mais qui se résumaient généralement dans un traitement local contre l'angine et l'administration des vomitifs..... Je n'ai pas vu opérer un enfant qui n'eût été traité souvent trop et toujours assez pour montrer l'inefficacité des remèdes..... »

M. Archambault a suivi depuis son internat ces errements de l'hôpital des Enfants; il m'a dit avoir pratiqué actuellement la trachéotomie 24 fois *en ville*, et avoir guéri 10 malades.

Lettre de M. le docteur Axenfeld, interne de 1852.

« 1° En 1852, dans une série de leçons que j'ai présentes à la mémoire comme si je les avais recueillies hier, M. Trousseau enseignait que la trachéotomie était la ressource suprême dans le traitement du croup ; qu'elle était indiquée, non par cela seul que l'on a constaté l'existence de cette maladie, mais en raison de tels accidents déterminés par les fausses membranes laryngiennes; que, toutefois, il ne fallait pas attendre, pour opérer, que l'hématose eût été troublée au point de ne pouvoir plus être rétablie.....

» 2° Quant à la deuxième question (j'hésite presque à y répondre, tant je m'étonne qu'elle ait pu être soulevée), j'affirme qu'aucun des internes de 1852 n'a opéré un croup parce que c'était un croup, et que ce n'est pas dans le nom de la maladie, mais dans la nature des accidents observés, que nous puisions constamment l'indication de la trachéotomie.

» 3° Dans bien des cas, cette indication était de celles qui ne se discutent pas : lorsque les enfants étaient apportés mourants, l'interne de garde ou celui de la salle, se faisant aider

de la religieuse, et sans même attendre quelquefois ses collègues, se hâtait d'ouvrir la trachée pour n'avoir pas à opérer quelques instants plus tard sur un cadavre.

» Dans tous les autres cas nous attendions, pour procéder à la trachéotomie, que l'opération fût devenue urgente, c'est-à-dire qu'en dépit du traitement mis en usage, la dyspnée eût acquis ce degré de violence et de continuité qui est le commencement de la suffocation. »

Lettre de M. le docteur Duchaussoy, interne de 1852.

« En 1852, loin d'enseigner que l'existence seule du croup indiquait la trachéotomie, MM. Trousseau et Guersant recommandaient de n'user de cette opération que pour combattre l'un des accidents du croup, l'asphyxie. Les enfants n'étaient opérés que quand il était démontré que les médications internes étaient infructueuses et que la période d'asphyxie avait bien commencé....

» A quels signes reconnaissait-on qu'il était urgent de livrer passage à l'air? Voici la réponse extraite des observations que j'ai recueillies alors :

» L'enfant a la face pâle, la respiration fréquente, suspirieuse ; chaque inspiration est accompagnée d'un sifflement laryngé et d'une dépression manifeste à la région épigastrique ; aphonie complète.... La percussion dénote dans toute la poitrine une sonorité normale, mais l'auscultation fait constater presque partout l'absence du murmure vésiculaire ; pouls très fréquent et très faible, difficile à compter, etc.....

» On faisait un traitement avant l'opération, et plusieurs fois même il est arrivé que le traitement a suffi pour la guérison.... »

Lettre de M. le docteur Moynier, interne de 1852.

« M. Trousseau nous enseignait ceci : toutes les fois que, le mal ayant commencé par le pharynx et de là s'étant étendu au larynx, l'on est certain de l'existence d'un vrai croup et de fausses membranes dans le larynx, il faut opérer lorsqu'on trouve les signes suivants : toux très rare, ordinairement

éteinte, respiration sifflante, oppression constante, orthopnée revenant par accès.

» Mais, avant la trachéotomie, lorsque les malades n'arrivaient pas à l'hôpital dans le dernier degré de l'asphyxie et juste à temps pour être opérés, nous avions recours aux vomitifs, aux insufflations d'alun, aux cautérisations avec le nitrate d'argent, etc.... »

Ces témoignages, vous le voyez, sont unanimes; tous déposent contre les assertions de mon honorable collègue M. Malgaigne. Tous montrent que la trachéotomie était pratiquée à l'hôpital des Enfants, en 1850, 1851, 1852, dans les mêmes circonstances et sur les mêmes indications qu'en 1858. Ces indications sont posées de la même manière et presque dans les mêmes termes par ces lettres individuelles et par la lettre collective des internes de 1858.

Maintenant, qu'importe que M. Trousseau ait imprimé en 1834 qu'il faut opérer le plus tôt possible, qu'il faut opérer *dès que le croup membraneux est constaté?* D'abord, ce n'est pas sur ces deux mots qu'il faudrait juger de la pensée de M. Trousseau; il faudrait citer tout ce qui précède; il faudrait voir l'enchaînement d'idées qui l'a amené à formuler cette conclusion dans un mémoire ayant pour titre : *De la trachéotomie dans la période* EXTRÊME *du croup*. Puis M. Malgaigne est-il donc si sûr qu'en 1849, à quinze ans de date, les idées de son collègue de la Faculté ne s'étaient pas modifiées? M. Hayault, élève à l'hôpital des Enfants en 1849, dit dans sa thèse ceci : « Quand faut-il opérer? Autrefois, M. Trousseau disait : *le plus tôt possible*.... Aujourd'hui, M. le professeur Trousseau est revenu à l'avis de ceux qu'il combattait en 1834.... Ce praticien continue d'être très heureux dans ses opérations, même depuis l'époque où il opère aussi, lui, *le plus tard possible*... depuis qu'il conseille d'opérer *le plus tard possible*. »

A la vérité, Letixerant, en 1852, dit que M. Trousseau pensait alors comme en 1834; mais on a vu tout à l'heure les collègues de Letixerant s'exprimer un peu différemment.

Voyons d'ailleurs ce que c'est que cette thèse de Letixerant; elle paraît avoir entraîné les convictions de M. Malgaigne; elle est devenue l'unique pivot d'une grande partie de son argumentation. Cela vaut bien la peine de nous y arrêter un moment.

Un mot de l'auteur avant de parler de l'ouvrage; aucun détail n'est ici superflu.

Letixerant était un excellent jeune homme, instruit, ayant fait ses preuves, comme tout interne, cela va sans dire. Mais il poussait tout à l'extrême, affectait des allures tranchantes, militaires, qui l'avaient fait surnommer *le capitaine*. C'était une de ces natures décidées, comme vous en connaissez peut-être, qui... ne doutent de rien. Il voulait être chirurgien; il a fait sa thèse sur la trachéotomie pour être docteur en chirurgie. Il avait chaudement embrassé le parti de l'opération; il y voyait, comme Caron, le seul remède du croup, et ne montrait que du dédain pour le traitement médical. Il rompait sans cesse des lances avec ses collègues en faveur de la trachéotomie immédiate, sans sursis, sans traitement préalable. Quoique interne de M. Guersant, il s'appuyait surtout de l'autorité de M. Trousseau, prenant à la lettre cette phrase fameuse de 1834 que vous connaissez, et en poursuivant inexorablement toutes les conséquences: c'était un disciple quelque peu compromettant.

La thèse de Letixerant est le reflet de ses principes. L'auteur avait à soutenir une proposition exagérée, exclusive, *seul contre tous*. M. Malgaigne n'ignore pas, je suppose, comment on s'en tire en pareil cas. Letixerant força un peu les faits, les inductions. M. Trousseau avait insisté, à l'hôpital, sur l'avantage qu'il y avait à ne pas attendre, pour opérer, la période ultime du croup; il n'en fallait pas davantage pour pouvoir dire qu'il pensait et agissait dans le sens de sa phrase de 1834; Letixerant n'y manqua pas. Des enfants avaient été opérés avant d'être arrivés à une asphyxie très avancée; la plupart avaient guéri. Letixerant imprime que l'opération réussit le mieux quand il y a *peu* ou *pas d'asphyxie*. A part cela, il est historien assez fidèle de ce qui se passait

à cette époque à l'hôpital des Enfants. On ne trouve pas dans sa thèse une seule ligne d'où l'on puisse inférer qu'il fut alors de *règle*, à l'hôpital, d'opérer le croup dès que son existence était constatée. Au contraire, Letixerant fait mention, comme les auteurs des lettres que je vous ai lues, du traitement que l'on employait avant d'en venir à l'opération, quand l'indication n'était pas urgente.

Ainsi, l'*idée* dont M. Malgaigne vous a parlé n'existait, à l'hôpital des Enfants, ni dans la personne de M. Trousseau, ni dans l'esprit *des* internes; elle existait uniquement dans la pensée de l'un d'entre eux ; encore n'y était-elle qu'à l'état de théorie sans application pratique. Letixerant, en effet, ne fit, en 1850, que trois trachéotomies. Dans l'une, il y avait asphyxie avancée ; une seconde fut prescrite par M. Guersant et pratiquée sous ses yeux ; dans la troisième, que Letixerant rapporte à la deuxième période, les lèvres étaient violacées et la suffocation si violente, que la religieuse se hâta de tout préparer pour l'opération en attendant l'arrivée de l'interne. En 1851, Letixerant n'était plus à l'hôpital des Enfants; les observations de cette année qu'il a publiées lui ont été communiquées par ses collègues.

Ne croyez pas d'ailleurs qu'il fût alors aussi facile que M. Malgaigne veut bien le dire, de pratiquer à notre hôpital des trachéotomies *prématurées*. L'administration prévoyante, en permettant aux internes de faire l'opération, avait pris de sages mesures pour en prévenir l'abus. Il était prescrit au directeur d'envoyer chercher M. Guersant toutes les fois que le cas n'était pas urgent. M. Chaumont, directeur à cette époque, se rendait le plus souvent auprès du malade et ne donnait l'autorisation d'opérer immédiatement que lorsque les internes présents déclaraient qu'il y aurait danger pour l'enfant à attendre le chirurgien de l'hôpital. Les familles elles-mêmes étaient consultées toutes les fois que cela se pouvait. Letixerant, quand il l'eût voulu, retenu par ces entraves, par les religieuses, par ses collègues, n'eût pas fait aisément l'application de son *principe*.

Mais les observations de Letixerant, dit M. Malgaigne !

M. Sée n'est-il pas convenu lui-même qu'il y en a jusqu'à quatre où l'indication d'opérer n'est pas clairement démontrée? N'en trouve-t-on pas seize dans lesquelles il y avait peu ou pas d'asphyxie, *à peine une légère dyspnée?*

A peine une légère dyspnée! Si je n'avais écrit ces mots au moment où mon honorable collègue les prononçait, je n'y croirais pas.

— M. MALGAIGNE : Je n'ai pas dit cela.

— M. BOUVIER : Je répète que j'ai recueilli ces paroles de M. Malgaigne au moment même où elles sortaient de sa bouche; mais puisqu'il les récuse, je n'insiste pas. Voyons du moins si l'état de la respiration, chez ces seize malades, prouve qu'ils avaient peu ou qu'ils n'avaient *pas* d'asphyxie.

OBSERVATION N° I. — Accès de suffocation qui se renouvellent d'un instant à l'autre; M. Guersant opère.

N° IV. — Le jour où MM. Bouley et Guersant se décident à opérer, respiration évidemment plus pénible, la moindre émotion cause une anxiété considérable.

N° XVII. — Oppression croissante, accès de suffocation, anxiété de plus en plus grande. M. Guersant fait opérer sous ses yeux.

N° XVIII. — Respiration anxieuse, deux violents accès de suffocation coup sur coup.

N° XXII. — Accès de suffocation, commencement d'asphyxie. MM. Trousseau et Guersant sont d'avis d'opérer.

N° XXIV. — Dyspnée extrême.

N° XXV. — Plusieurs accès de suffocation, respiration fréquente et trachéale. Il s'agit d'un pauvre enfant de dix-sept mois.

N° XXVI. — L'état de la respiration n'est pas indiqué. M. Malgaigne pourra en conclure qu'il n'y avait qu'une légère dyspnée; moi, j'en conclus que l'observation est incomplète, que par conséquent elle ne prouve rien.

N° XXX. — Dyspnée intense.

N° XXXVII. — Pas de détails; mais M. Rombeau, interne,

ayant opéré dans la crainte que l'asphyxie ne se prononcât davantage, cela doit faire supposer qu'il y avait au moins commencement d'asphyxie.

N° XXXVIII. — La suffocation ne permettait plus d'attendre.

N° XLI. — Dyspnée, asphyxie commençante.

N° XLIII. — Accès de suffocation.

N° XLVII. — Dyspnée croissante, quelques accès e suffocation.

N° XV. — J'ai réservé ce numéro parce qu'il constitue une erreur matérielle dans la thèse de Letixerant. Ses souvenirs l'ont trompé. M. Labric, qui a opéré l'enfant et qui, seul, a recueilli l'observation, m'en a remis un extrait; on y voit qu'il s'agissait d'un croup en pleine asphyxie.

Combien y a-t-il ici de cas sans suffocation, *sans asphyxie aucune?*

On trouve, vous a dit notre collègue, dans les observations de Letixerant, et aussi dans celles de M. Millard, des trachéotomies faites *sans indication suffisante*. Il faudrait dire *sans indication suffisamment détaillée*. Les auteurs, en effet, ne s'attendaient guère à ce qui arrive et ne croyaient nullement avoir besoin de justifier les opérateurs. M. Millard a fourni ailleurs ces suppléments de lumière qu'on lui reprochait de n'avoir pas donnés (1). Letixerant, lui, n'est plus là pour répondre; mais ses chefs et ses collègues, qui ont opéré les sujets de ses observations, vous ont parlé pour lui; vous les croirez plutôt que des interprètes qui n'ont point vu les faits.

Je n'ai examiné tout à l'heure que quinze observations; la seizième, le n° 11 de Letixerant, a joué un grand rôle dans l'argumentation de M. Malgaigne. Il l'a appelée le *coup d'éclat* de M. Trousseau; elle a converti les internes à l'*idée* de l'opération *prématurée*.

Avant d'être publiée par Letixerant, cette observation l'avait été par M. Trousseau lui-même, dans un long mémoire que M. Malgaigne a lu..... peut-être, et qui a paru dans l'*Union*

(1) Voyez *Gaz. des hôpitaux*, n° du 21 décembre 1851.

médicale en 1851. Or, ni dans l'exposé du fait particulier dont il s'agit, ni dans tout le reste du travail, M. Trousseau ne fait la moindre allusion à l'*idée* que M. Malgaigne lui prête, et c'était en 1851! Ce mémoire contient 18 observations de trachéotomie, dont 16 pratiquées en ville. Trois opérations seulement ont été faites dans la période d'asphyxie commençante; tous les autres enfants ont été opérés dans un état d'asphyxie avancée. Dans les trois cas où il a opéré plus tôt, M. Trousseau explique sa conduite, la justifie, l'excuse pour ainsi dire, sans chercher le moins du monde à l'ériger en principe. On lit en particulier, dans l'observation citée par M. Malgaigne : « M. Trousseau ne se dissimule pas que l'on ne puisse attendre encore quelques heures. Cependant, redoutant les lenteurs qui pourront suivre l'appel du chirurgien de l'hôpital pendant la journée, il prend la résolution d'opérer. » Y a-t-il là rien qui ressemble à une doctrine préconçue, à du prosélytisme?

Ce que M. Trousseau a prêché, ce qu'il a fini par persuader, non-seulement aux internes, mais encore aux chefs de service, c'est de ne pas trop attendre; c'est, quand on le peut, d'opérer avant une asphyxie trop avancée; d'opérer aussitôt que, les ressources médicales étant épuisées ou n'ayant plus aucune chance de succès, les symptômes font juger la trachéotomie indispensable. Voilà où il y a eu quelquefois lutte, voilà où il y a eu des *conversions*.

La dernière de ces conversions n'est pas la moins glorieuse; c'est celle de M. Malgaigne lui-même. « Dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx, tenter d'abord les autres moyens de traitement; et quand ils sont reconnus impuissants, alors, mais seulement alors, opérer *le plus tôt possible*. » Telle est la règle retracée dans la lettre adressée à l'Académie par notre honorable collègue, le 7 décembre 1858. Nous commençons à nous entendre; car, de notre côté, nous n'avons jamais dit autre chose; il faut seulement ajouter avec Letixerant, qui cette fois est dans le vrai : « éviter qu'une trop grande confiance dans les moyens médicaux ne fasse perdre un temps précieux pour la trachéotomie. »

M. Bretonneau, que M. Trousseau, et d'après lui M. Malgaigne, ont cru partisan de l'opération tardive, a, au contraire, parfaitement senti les avantages de la trachéotomie, non prématurée, mais hâtive, mais opportune, suivant la juste expression de M. Barth. Déjà, en 1839, notre éminent collègue M. Velpeau, imbu des principes de l'école de Tours, a dit, dans sa *Médecine opératoire*, qu'on se décidait *trop tard* à l'opération, et qu'il y fallait trop de soins consécutifs pour qu'elle réussît à tout le monde comme à MM. Bretonneau et Trousseau. Aujourd'hui, *tout le monde* peut y réussir.

Mais laissez-moi vous citer les propres paroles de M. Bretonneau, paroles trop oubliées peut-être.

« L'enfant, dit-il dans une de ses observations (1), offrait des symptômes positifs de la propagation de l'inflammation pelliculaire dans les canaux de la respiration..... A en juger par la progression croissante de la dyspnée, par la propension à l'assoupissement, on ne pouvait espérer que la vie se prolongeât au-delà de vingt-quatre heures..... Je ne vis plus d'espoir que dans la trachéotomie ; *elle ne pouvait être pratiquée sous des auspices plus favorables*..... Le malade était *presque exempt de fièvre*, et quelle que fut la gêne de la respiration, *il paraissait à peine en souffrir*. L'opération ne devait-elle pas être faite immédiatement ? » Est-ce là un partisan de la temporisation ? M. Malgaigne, en proscrivant l'opération à la deuxième période, conseillée par M. Trousseau, croira-t-il encore « se rattacher à la doctrine de M. Bretonneau, son maître ? » Dans l'observation de la p. 414, on voit encore M. Bretonneau « avancer le moment de l'opération, » pour *prévenir*, dit-il, le danger de la suffocation.

Les thèses de Bataille, de MM. André, Thibaut, Millard, ne renferment pas d'autre doctrine. Tous les efforts de M. Malgaigne ne feront pas voir dans ces thèses l'*idée* de l'opération appliquée au début du croup, au croup simplement *constaté*. Ce que notre collègue a dit, en particulier, de la thèse de M. André sera un grand sujet d'étonnement pour l'auteur et pour ceux qui liront son œuvre.

(1) *Traité de la diphthérite*, p. 347.

C'est d'après ces thèses, et notamment d'après les faits publiés par Letixerant et M. Millard, que MM. Roger et Sée ont confirmé, à l'aide de la statistique, les principes de MM. Bretonneau et Trousseau. M. Malgaigne a contesté la signification de cette statistique partielle ; elle porte, a-t-il dit, sur des faits trop peu nombreux, et elle comprend des cas de trachéotomie pratiquée trop tôt, inopportunément. Permettez-moi de vous lire une courte réponse de M. Sée aux objections de notre honorable collègue. Cette réponse sera en même temps la mienne, et elle me dispensera aussi de repousser plus directement une accusation d'un autre genre contenue dans le discours de M. Malgaigne.

Lettre de M. Sée :

« M. Malgaigne a cru devoir, dans l'intérêt de sa critique, rapporter à l'Académie la première partie d'une conversation que je l'ai autorisé à reproduire *tout entière*.

» Les doutes de l'honorable professeur se sont traduits par autant de blâmes contre la valeur de notre statistique générale des trachéotomies, contre les opérations dites *prématurées* et le triage des croups à opérer.

(Je passe ce qui se rapporte à la statistique générale.....)

» Un autre reproche, qui n'est plus en cause, pèse sur le résultat partiel des trachéotomies pratiquées avant l'asphyxie prononcée.

» Il n'existe que deux monographies qui jugent cette question d'opportunité ; il n'y a que 39 observations connues dans la science qui se rapportent à ces opérations hâtives. L'amputation de la cuisse pour causes traumatiques, qu'on a mise en parallèle avec la bronchotomie, n'a été appréciée, dans ses funestes résultats, que par 44 cas recueillis dans les registres des bureaux, et l'influence spéciale du jeune âge n'a été jugée que par 4 exemples ; c'est là la base du *Mémoire sur les amputations* publié par M. Malgaigne ; c'est la statistique qu'on propose comme modèle.

» Après l'analyse minutieuse de nos 39 cas, analyse qu'on peut du moins vérifier dans les mémoires originaux, si j'ai

moi-même, dans l'intérêt de la vérité, récusé 6 et même 8 cas, dont les détails paraissaient insuffisants pour démontrer l'imminence de l'asphyxie ou pour entraîner une conviction, que M. Malgaigne veuille bien, à son tour, révéler les 31 cas restants, qui portent tous l'indication précise des signes de l'asphyxie commençante, et par conséquent la justification de l'opérateur. Sur ces 31 cas, 17 ont guéri, ce qui établit une proportion de 6 sur 10, c'est-à-dire exactement la même que celle que nous avions annoncée primitivement. — Voilà le corollaire qui avait été oublié par l'éminent orateur.

» Ce résultat décisif ne doit cependant pas faire perdre de vue le sort des malades qui ont subi les effets d'une intervention soi-disant intempestive; sur les 8, 5 ont guéri malgré et peut-être par l'abus qu'on dénonce; les 3 autres, qui ont succombé, étaient des enfants de dix-sept, vingt-quatre et vingt-huit mois. Si quelqu'un était en droit de reprocher aux médecins ces derniers insuccès, ce ne serait certes pas le professeur de médecine opératoire, qui vient de recommander aux internes d'opérer dans ces conditions d'âge si universellement reconnues comme fâcheuses.

» Il reste une troisième et dernière question à résoudre, et que nous nous garderons bien d'étouffer dans le silence. Après avoir incriminé les opérations des croups trop bénins, on nous accuse maintenant d'éviter ce qu'on appelle les *mauvais cas*. Il semble qu'à l'hôpital des Enfants on n'ait souci que d'établir le meilleur bilan de la trachéotomie, en ne considérant la vie de l'enfant que comme l'enjeu de la science. Heureusement, les chiffres vont répondre encore d'une manière péremptoire.

» Outre les 466 enfants opérés, on en compte 96 qui n'ont subi que le traitement médical. Si l'on s'est abstenu de l'opération dans ces cas, c'est qu'on les a jugés ou trop bénins, ou trop compromis par l'infection générale pour légitimer l'opération, que contre-indiquait d'ailleurs l'absence de l'asphyxie.

» L'événement a justifié nos prévisions dans la moitié des cas; car, sur 96, on constate 49 guérisons. Quant aux 47 croups devenus mortels, leur mort ne saurait être attribuée,

la plupart du temps, qu'à l'intoxication diphthérique, ainsi que j'ai pu, depuis deux ans, le vérifier 13 fois par l'autopsie. Il reste donc 34 cas douteux. En supposant, ce qui est désormais inadmissible, qu'ici l'extrême gravité du mal ait été le motif secret du refus d'intervenir, on serait amené à conclure que, sur un total de 562 croups et pendant l'espace de neuf ans, il ne s'est rencontré à l'hôpital que 34 croups de nature grave.

» L'absurdité d'une pareille hypothèse permet d'affirmer que l'opération a été instituée en réalité dans toutes les catégories de croups asphyxiants, quel qu'ait été leur degré de gravité, et tous se trouvent compris dans cette statistique générale, à laquelle on ne pardonne pas d'enregistrer une guérison sur quatre cas.

» Ainsi, sans avoir refusé aux malades, même *in extremis*, les bénéfices de l'opération, sans leur avoir infligé une épreuve inutile ou *préventive*, nous avons pu réaliser le vœu de l'éminent professeur, c'est-à-dire, sauvegarder à la fois les intérêts de l'humanité et ceux de la science. »

A l'appui des considérations qui terminent la lettre de mon collègue M. Sée, je placerai sous les yeux de l'Académie un relevé dressé par mon interne, M. Collin, des cas de croup non opérés reçus dans mon service en 1858. On jugera si nous avons mal fait de leur refuser le bénéfice de la trachéotomie.

Ces cas sont au nombre de 19. 8 ont guéri; on nous absoudra, je pense, pour ceux-là.

L'un des onze enfants qui ont succombé était guéri du croup; il est mort d'accidents consécutifs à la diphthérite générale dont il était atteint.

Un autre était agonisant par l'effet de l'empoisonnement d'une diphthérite générale, et non par la présence d'un obstacle mécanique produisant l'asphyxie.

Un troisième était bien asphyxié par le croup; mais en même temps une diphthérite généralisée l'avait réduit à un tel état de prostration que non-seulement l'opération ne pou-

vait être utile, mais qu'il était même à craindre qu'elle n'avançât le dernier soupir.

Un quatrième n'avait été pris de croup qu'à la fin d'une rougeole maligne qui avait usé tous les ressorts de la vie. Le croup n'était ici qu'un épiphénomène s'ajoutant à un état déjà mortel par lui-même.

Six autres enfants étaient affectés d'angine diphthéritique intense, et cinq d'entre eux en même temps de diphthérite nasale. Ils se sont affaiblis graduellement sans présenter d'accès de suffocation ni de symptômes d'asphyxie, quoique le larynx participât à la maladie. On ne pouvait voir là l'indication de la trachéotomie.

Enfin le onzième malade n'était âgé que de dix-huit mois; le croup avait paru s'amender sous l'influence des vomitifs, quoiqu'il restât de la dyspnée, mais sans accès de suffocation; il en vint un, — c'était le premier, ce fut le dernier; — il emporta l'enfant avant que l'interne de garde eût le temps d'arriver.

Qui donc oserait dire que c'est pour faire une statistique de cas *choisis* qu'on n'a point opéré ces onze enfants?

Les exemples que je viens de citer pourront éclaircir les doutes que M. Malgaigne conserve au sujet de la diphthérite généralisée.

Le dernier cas me fournit l'occasion d'aborder la question de l'âge, question soulevée dans la lettre des sept internes, de ceux que M. Malgaigne a comparés aux *sept sages.*

A ce propos, j'ai un petit reproche à faire à notre collègue : c'est d'avoir oublié ou d'avoir feint d'oublier l'objet et l'origine de cette lettre collective de MM. les internes. Ils avaient été injustement accusés ici, en pleine tribune; par qui? Vous le savez. J'ai dû joindre à mon témoignage en faveur de la vérité leur défense personnelle; j'ai dû leur donner le moyen de la produire, et voilà pourquoi je leur ai demandé : *Que faites-vous en face d'un croup?* Je le savais bien, moi, ce qu'ils faisaient; mais il fallait que l'Académie, que le public, l'apprissent de leur propre bouche. Voilà quel était le but de cette question, quel était le but de la réponse,

Qu'a dit M. Malgaigne? Que « j'avais demandé les indications de la trachéotomie à tout le monde, *même aux internes*, — ce qui ne s'était jamais vu, — parce que j'en étais encore à chercher mes doctrines! » Je le demande, est-il permis, même à un orateur à bout d'arguments, de dénaturer ainsi des faits aussi publics, aussi patents?

Je reviens à l'âge. Les internes ont dit qu'ils n'opéraient pas les enfants au-dessous de deux ans, ou plutôt, suivant la version rectifiée du *Bulletin*, qu'ils ne les opéraient que bien rarement. M. Malgaigne les en a blâmés. Serait-ce son expérience personnelle qui lui en aurait donné le droit? Il existe des exemples de succès au-dessous de l'âge de deux ans, c'est vrai; mais la proportion en est minime par rapport aux revers. Sur une trentaine d'opérations de ce genre faites à l'hôpital Necker, on ne compte pas un succès. On n'a pas souvenir, à notre hôpital, d'une seule guérison d'enfant au-dessous de deux ans. C'est donc là une détestable condition pour pratiquer la trachéotomie. Pour peu qu'il s'y joigne quelque autre circonstance défavorable, l'opération sera certainement inutile; alors, pourquoi la tenter? Cependant, si toutes les autres conditions sont bonnes, si l'enfant paraît fort pour son âge, si la suffocation est prononcée, si l'obstruction du larynx en est la cause essentielle, on devra opérer, quelque faible que soit la chance de vie de l'enfant. Ces cas sont rares, et cela justifie suffisamment la déclaration de MM. les internes. L'enfant de dix-huit mois dont j'ai parlé plus haut était dans d'assez bonnes conditions, à part son âge; il eût sans doute été opéré si la mort n'était survenue aussi inopinément.

Au dire de M. Malgaigne, la discussion engagée devant l'Académie aurait déjà porté ses fruits. La lettre de nos internes de 1858 en serait la preuve. Cette lettre a reçu, à peu de chose près, sa complète approbation; j'en suis charmé. Mais notre collègue la trouve si juste, si vraie, qu'il veut être pour quelque chose dans sa rédaction. C'est pousser trop loin l'éloge. Non, M. Malgaigne n'est pour rien dans cette œuvre, quel qu'en soit le mérite; car elle résume les principes suivis

par nos internes dans toute l'année 1858, et le premier discours de notre collègue, il ne l'a pas oublié, n'est que du 16 novembre dernier. La prétention qu'il élève ici n'est donc qu'un anachronisme.

Mais, en outre, quelle est cette phrase qu'admire surtout M. Malgaigne, et dans laquelle il voit une *révolution?* « Dans la première période du croup, disent MM. les internes, il n'est jamais question et il ne peut pas être question de pratiquer la trachéotomie. » Et j'ajouterai qu'*il n'en a jamais été question*, du moins depuis Caron, d'excentrique mémoire. Quoi! c'est une *révolution* dans nos idées de dire, comme on l'a toujours dit de notre temps, qu'on n'ouvre pas la trachée, quand, au début du croup, « la voix et la toux se voilent, puis s'éteignent, quand la dyspnée est peu marquée encore, et l'état général assez satisfaisant! » J'avais supprimé ce passage dans mon extrait de la lettre des internes, pour épargner le temps de l'Académie; tant il me semblait inutile de mettre sous vos yeux un pareil axiome!

Croyez-vous d'ailleurs qu'ici M. Malgaigne soit au moins conséquent avec lui-même? Vous vous imaginez peut-être qu'au moins cette première période où les internes ne veulent pas opérer, est la même que celle où M. Trousseau conseillait d'opérer en 1834, où Letixerant voulait qu'on opérât en 1852 : détrompez-vous; M. Malgaigne, dans cette circonstance, a été induit en erreur une fois de plus par ce mot malencontreux de *période*, que M. Barth a bien raison de vouloir bannir de cette discussion.

On m'a reproché de changer, au nom de l'hôpital des Enfants, des périodes du croup généralement admises, et d'introduire par là de la confusion dans le langage. Il y a ici quelque chose d'assez curieux : M. Malgaigne, qui a reproduit ce reproche, ne s'est pas aperçu qu'il s'appliquait aussi bien à lui qu'à moi. Oui, nous parlons, mon honorable collègue et moi, le même langage quant aux périodes du croup, le langage des internes de l'hôpital des Enfants, sans en excepter M. Millard, que M. Malgaigne n'a pas compris. MM. Trousseau et Bouchut parlent tous deux un langage

différent du nôtre. Étranges alliances, direz-vous! La chose est ainsi. M. Malgaigne ne le niera pas, après avoir dit (1) : « Quand il n'y a pas de fausse membrane dans le larynx, il n'y a pas de croup. » Donc, la première période du croup commence avec la fausse membrane, et non plus tôt. M. Trousseau a compris comme moi le langage de M. Malgaigne, lorsqu'il a dit (2) : « MM. Bouvier et Malgaigne se refusent à admettre l'existence du croup, lorsqu'il n'y a pas encore de fausse membrane laryngée. » Pour M. Trousseau, comme pour Guersant père, c'est la deuxième période qui est « caractérisée par la fausse membrane (3). »

Voilà donc qui est clair : nous faisons ici cause commune, M. Malgaigne et moi, quelque déplaisir que cela puisse causer à mon honorable collègue. Eh bien! je dirai pour notre défense que nous n'avons inventé ni l'un ni l'autre notre manière d'envisager les périodes du croup. Elle a été adoptée avant nous dans un ouvrage fort estimé, éminemment classique, dans le *Traité des maladies des enfants* de MM. Barthez et Rilliet. « *Une fois le larynx pris*, disent-ils, on peut distinguer deux périodes ; » et ils donnent à ces deux phases les noms de *première* et *seconde* périodes. La première période de Guersant, de M. Trousseau, de M. Bouchut, est, pour MM. Barthez et Rilliet, une période à part, la période *prodromique;* elle comprend les symptômes qui précèdent la production de la fausse membrane dans le larynx (4). Nous nous empresserons, je suppose, M. Malgaigne et moi, d'accepter cette période des prodromes ou des symptômes avant-coureurs de la maladie ; ce sera sans doute un moyen de mettre tout le monde d'accord.

Cette dissidence au sujet des périodes porte, j'en conviens, beaucoup plus sur les mots que sur les choses : *Non rerum*,

(1) Page 166 du *Bulletin*, t. XXIV.

(2) Page 226 du *Bulletin*, t. XXIV.

(3) *Ibid.*, p. 227.

(4) Voyez Barthez et Rilliet, *Maladies des enfants*, t. Ier, p. 291 et 295, 2e édit., 1853.

sed verborum discordia, comme on l'a dit des disputes des anciens philosophes. Mais qu'en est-il résulté? que M. Malgaigne, ne s'y reconnaissant plus, a confondu la première période de la lettre des internes, la période de croup *confirmé*, avec ce croup *constaté* qui indique l'opération suivant Letixerant et suivant la phrase de M. Trousseau de 1834. Imitons M. Barth; mettons de côté la division par périodes; voyons uniquement les symptômes; il n'y aura plus d'équivoque. Quels sont, d'après la lettre de nos internes, les symptômes du croup *confirmé*, symptômes qui n'indiquent jamais l'opération? « La voix et la toux se voilent, puis s'éteignent, la dyspnée est peu marquée encore et l'état général assez satisfaisant. » Quels sont, d'après le mémoire de M. Trousseau de 1834, les symptômes du croup membraneux *constaté*, que l'on doit opérer, suivant l'auteur? « La toux est insonore, avec suffocation....; il existe des accès de suffocation (1). » Ainsi, d'un côté, la *suffocation;* de l'autre, *une dyspnée peu marquée encore :* voilà ce que M. Malgaigne a cru identique, et c'est en raison de cette prétendue identité qu'il vous a dit : « Le drapeau de M. Trousseau est déchiré. » Par quoi? par le premier paragraphe de la lettre des internes! Non, il n'y a point eu de drapeau de déchiré, et M. Malgaigne ne peut s'attribuer la moindre part d'une victoire qui n'a de réalité que dans son imagination.

Voulez-vous savoir ce qui pourrait déjà-être sorti de cette discussion, c'est-à-dire comme l'entend mon honorable collègue, ce qui pourrait déjà avoir été le fruit de ses paroles? M. Trousseau vous l'a appris, lorsque, dans un récit émouvant, il vous a parlé de cet enfant mort pendant la discussion, peut-être faute d'être trachéotomisé, parce que les attaques récentes contre l'opération pratiquée en temps opportun avaient fait hésiter un instant un confrère aussi distingué par son savoir que par son coup d'œil médical. M. Malgaigne ne s'associe pas à ces attaques; il nous l'a dit. Mais, en vérité, on peut s'y méprendre, et il me serait facile de rapporter ici

(1) *Journal des connaissances médic.-chir.*, t. II, p. 3.

d'autres exemples d'une temporisation funeste qu'il est permis d'attribuer à l'interprétation fâcheuse donnée aux paroles de notre collègue.

M. Malgaigne nous a engagés, à deux reprises, à veiller, à être sur nos gardes, afin de prévenir l'abus de la trachéotomie. L'avis est sage ; il est charitable ; nous en ferons notre profit, si nous en avons jamais besoin. Mais, à mon tour, ne serais-je pas plus en droit de dire : Mon cher collègue, prenez garde, prenez garde de vous atteler à reculons au char du progrès ! Prenez garde de prendre pour un pas en avant ce qui pourrait bien n'être qu'un pas rétrograde ! Prenez garde, en arrêtant trop longtemps la main des opérateurs, d'avoir un jour le pénible souvenir des malheurs que vos paroles auraient causés.

Je vote pour les conclusions de la commission.

— Aucun orateur n'étant inscrit, M. le Président déclare qu'il va soumettre à l'Académie les conclusions de la commission.

— M. Malgaigne : J'ai proposé d'ajouter à ces conclusions que l'Académie vote des remercîments à M. Bouchut et l'engage à lui communiquer des expériences ultérieures.

— M. Trousseau : La commission et moi nous nous opposons formellement aux remercîments proposés par M. Malgaigne, au nom de l'Académie, à M. Bouchut. M. Bouchut a manqué à ses devoirs envers la commission. Nous l'avions invité à nous communiquer les faits et les expériences, s'il en avait, sur lesquels se basaient ses convictions ; M. Bouchut n'a pas répondu à notre appel ; il ne nous a pas communiqué ses expériences, faites cependant quinze jours avant. La commission a été obligée de faire elle-même ces expériences, — dont j'ai mis sous les yeux de l'Académie les déplorables résultats ; — tout, dans la conduite de M. Bouchut, s'oppose donc à ce qu'il lui soit accordé des remercîments.

— M. Michel Lévy : Je m'oppose à la motion de M. Malgaigne, non par les mêmes motifs que M. Trousseau, que je

ne désapprouve pas cependant, mais simplement parce que des remercîments me sembleraient engager, jusqu'à un certain point, la responsabilité de l'Academie.

— M. Cazeaux : Un mot à propos de ce que vient de dire M. Michel Lévy. Les remercîments ne sont qu'une formule de politesse, très fréquemment employée, et qui est loin d'avoir la portée que redoute M. Michel Lévy.

— M. Velpeau : Je crois que l'Académie doit se trouver dans un certain embarras. On a parlé beaucoup de la trachéotomie et fort peu du tubage. Il n'y a pas eu d'expériences décisives à propos de celui-ci, et cependant un résultat inattendu ressort de la communication de M. Bouchut, c'est que le tube peut être supporté pendant un certain temps. En somme, on n'est pas suffisamment éclairé, et je voudrais que l'Académie ne se déclarât pas plus fixée qu'elle ne l'est en réalité sur la valeur de ces faits nouveaux.

— M. Trousseau : Je me permettrai de répondre à M. Velpeau que les conclusions de la commission ne contiennent aucun blâme explicite. Elles disent que le tubage peut être souvent dangereux, et il est impossible que l'Académie n'en soit pas convaincue après avoir eu sous les yeux les pièces résultant de nos expériences sur les chiens. Elles disent, avant tout, que c'est un moyen insuffisant. Nous ne pouvons que les maintenir et les défendre.

— M. Velpeau : Ne serait-il pas possible de les formuler ainsi : « Ne pensant pas que le tubage ait été pratiqué un nombre de fois suffisant et dans des circonstances assez décisives, l'Académie ne le reconnaît ni assez efficace, ni assez dépourvu de dangers pour qu'il y ait lieu à l'encourager. »

— M. Trousseau : Je me rallie bien volontiers à cette rédaction.

— M. Malgaigne : Si M. Velpeau veut ajouter : « Sans rien préjuger de l'avenir, » je m'y rallie aussi.

— M. Trousseau : Mais jamais l'Académie, quelles que

soient ses décisions, n'entend préjuger l'avenir. Cela va de soi, et je repousse l'amendement comme inutile.

— M. Londe : J'appuie, au contraire, ce que vient de proposer M. Malgaigne, parce que si le tubage réussit plus tard, on vous bafouera de l'avoir repoussé. Les expériences que vous avez produites ici ne prouvent rien d'ailleurs. Vous avez mis un tube sur des tissus sains et vous avez fait naître des lésions qui n'auraient peut-être pas été obtenues en agissant sur des tissus recouverts de fausses membranes. Le nitrate d'argent enflamme aussi les tissus sains et non les surfaces masquées par des exsudations plastiques ou d'autre nature.

— M. Barth : Je voudrais aussi que l'Académie n'engageât pas l'avenir et ne fermât pas tout espoir aux expérimentateurs. Quand le tubage n'aurait d'autre avantage que de permettre de surseoir à la trachéotomie jusqu'à la venue du chirurgien, nous devrions désirer qu'il pût être maintenu dans la pratique. Donc l'Académie, sans approuver ni improuver, devrait se borner à faire appel à de nouvelles expériences.

— M. Larrey : Plusieurs opérations, acceptées maintenant, ont été repoussées à leur début ; la désarticulation coxo-fémorale, par l'ancienne Société de chirurgie ; la trachéotomie, par l'Académie elle-même. Je me rallie donc à la rédaction de M. Velpeau.

— M. Gibert : Il serait bien désirable qu'on ne passionnât pas le débat, et pour cela il n'y a qu'un moyen, c'est de dire ce qu'on sait, et de ne rien dire de plus.

— Les conclusions de la commission, modifiées par la proposition de M. Velpeau, sont lues par M. le secrétaire annuel. Elles sont ainsi conçues :

« Le tubage du larynx, tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent, ne nous a paru ni assez utile, ni assez exempt de dangers pour mériter l'approbation de l'Académie.

» La trachéotomie, dans l'état actuel de la science, est le

seul moyen à employer lorsqu'il ne reste plus d'autres chances de salut dans l'emploi des moyens médicaux. »

— Mises aux voix, elles sont adoptées par l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Revue des spécialités et des innovations médicales et chirurgicales. Décembre.

Journal des vétérinaires du Midi. Décembre.

Giornale veneto di science mediche, t. XII, 2e série.

La Revue thérapeutique du Midi. 15 janvier.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 10.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 2.

Le Progrès, n. 2.

L'Abeille médicale, n. 3.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 2.

Gazette médicale de Paris, n. 3.

La France médicale et pharmaceutique, n. 3.

L'Union médicale, n. 5 à 7.

Gazette des hôpitaux, n. 5 à 7.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 5 à 7.

Tables de mortalité de la ville de Londres, 6 numéros.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 2.

Medico-chirurgical Transactions, volume XLI.

ERRATUM. — Feuille 26, page 410, ligne 21, lisez : (Je passe ce qui se rapporte à la statistique générale, qui n'est plus en cause); et supprimez ces mots : *qui n'est plus en cause*, à la ligne suivante.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Jura, du Lot, de l'Hérault et de Maine-et-Loire. — Un rapport final de M. le docteur KAISER, sur une épidémie de rougeole qui a régné à Beckerhalt (Meuse). — Les rapports de MM. CAILLEUX et FAUVELLE, sur une épidémie de variole qui a sévi à Verchin (Pas-de-Calais). — Un rapport de M. le docteur JOBERT, sur les maladies qui ont régné en 1858 dans le canton de la Ferté. (*Commission des épidémies.*)

II. Un rapport supplémentaire de M. le docteur NIVET, sur le service médical des eaux de Royat en 1856. — Des échantillons de l'eau minérale située dans la commune de Coudes (Puy-de-Dôme), pour être analysée dans le laboratoire de l'Académie. (*Commission des eaux minérales.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Remarques pratiques sur la revaccination, par M. GODOT, aide-major au 92e de ligne. — M. le docteur PANIS adresse à l'Académie l'état des vaccinations qu'il a pratiquées en 1857. (*Commission de vaccine.*)

II. Analyse chimique de l'eau minérale de Saint-Alban, par M. J. LEFORT. (*Commissaires :* MM. Poggiale, O. Henry et Boudet.)

III. Des suites éloignées du scorbut, par M. le docteur

FÉLIX RIZET, aide-major de 1re classe. (*Commissaires :* MM. Gimelle, Larrey et Michel Lévy.)

IV. Nouvelle note sur les bons effets des lavements de 2 grammes de camphre et 20 gouttes de laudanum, contre les accidents ataxiques, par M. le docteur LETELLIER. (*Commission des épidémies.*)

V. Madame veuve GENSOUL (de Lyon) offre en hommage à l'Académie une Notice historique sur feu son mari. (*Voir la correspondance imprimée.*)

VI. M. le docteur DE LIGNEROLLES écrit à l'Académie, au sujet d'un mémoire qu'il lui a envoyé précédemment, et qui a trait à une nouvelle méthode opératoire de la hernie étranglée. (*Renvoi à la Commission nommée :* MM. Malgaigne, et Laugier, *rapporteur.*)

—

RAPPORTS.

I. *Opération de l'anus artificiel*, par M. JULES ROCHARD, chirurgien en chef de l'hôpital de la marine à Brest. (*Rapport* de MM. Huguier, et Robert, *rapporteur.*)

Messieurs, lors de la discussion soulevée dans cette enceinte au mois de juillet 1856, au sujet de l'opération de l'anus artificiel pratiquée pour des cas d'imperforation congénitale, quelques-uns des membres présents à la séance émirent des doutes sur la possibilité d'arriver à l'âge adulte après l'avoir subie. M. Velpeau déclara n'avoir jamais été témoin d'un fait pareil, et invita ses collègues à lui signaler ceux qu'ils avaient eu l'occasion de rencontrer (1).

C'est à cet appel qu'a répondu M. Jules Rochard, second chirurgien en chef de la marine, au port de Brest, en adressant à l'Académie le mémoire qu'elle m'a chargé d'examiner avec M. Huguier.

Ce travail repose sur cinq observations recueillies par ce chirurgien chez des sujets opérés aussitôt après la naissance,

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XXI, p. 943.

et parvenus à un âge assez avancé. Elles sont revêtues de toute l'authenticité désirable.

On s'étonnera d'abord que notre confrère ait eu la chance singulière de réunir un si grand nombre de faits semblables dans une seule localité, alors qu'ils sont inconnus partout ailleurs; mais cette circonstance s'explique par le grand nombre d'opérations de ce genre qui ont été pratiquées dans la ville qu'il habite, depuis le succès mémorable obtenu par Duret, en 1793. Sous l'influence des souvenirs qu'il y a laissés, les sujets atteints de ce vice de conformation affluent des localités environnantes pour réclamer les secours de l'art. Les occasions d'en observer sont si fréquentes, que Duret racontait, dans ses cours de clinique, qu'il avait vu 22 fois la mort survenir à la suite de tentatives faites pour rétablir le cours des matières par le rectum, et que Mériel, son gendre, a eu le bonheur de voir cinq des sujets qu'il avait opérés par la méthode de Littre, vivants à la même époque. Ce fait est consigné dans la thèse de son fils, soutenue à Paris, en 1835.

Voici maintenant le résumé des cinq observations adressées à l'Académie par M. Jules Rochard :

1° La première est celle de l'enfant opéré par Duret, le 20 octobre 1793 : c'est le premier exemple de succès. M. Rochard a pu heureusement compléter l'histoire de ce malade, perdu de vue depuis son enfance. Il était venu mourir, en 1836, à l'hôpital de la Marine, d'une maladie étrangère à son infirmité. Fouilloy en fit l'autopsie, et la pièce pathologique a été conservée depuis cette époque au musée d'anatomie de l'École de médecine navale. La description, encore inédite, et le dessin de cette pièce, si intéressante au point de vue historique, sont annexés au travail de notre confrère.

L'anus artificiel est compliqué d'une tumeur considérable, due au renversement du bout inférieur de l'intestin, circonstance que l'on peut attribuer à la négligence du sujet, qui n'avait jamais pris soin de le maintenir. La forme de la tumeur est celle d'un cylindre légèrement recourbé; la longueur en est de 10 centimètres. L'orifice du bout supérieur est large, irrégulièrement frangé, disposé en entonnoir; celui du bout

inférieur, beaucoup plus petit, plus régulièrement arrondi, occupe le sommet de la tumeur. La portion du tube digestif située au-dessous de l'anus artificiel a 25 centimètres de longueur, et se termine en cul-de-sac. Il n'existe pas d'ouverture anale; la peau passe, sans changer de caractère, d'une fesse à l'autre. Une distance de 5 centimètres la sépare du fond du cul-de-sac formé par le rectum. Les parties génitales sont très bien développées et régulièrement conformées, à part un léger degré d'hypospadias.

2° La seconde observation est celle d'une femme opérée le 26 janvier 1813, par Serand, chirurgien de 2e classe de la marine, prévôt de l'hospice civil. M. Rochard a pu voir et interroger cette femme. Il a exécuté d'après nature le dessin de sa tumeur, et l'a joint à son travail : elle est en tout semblable à celle que nous venons de décrire, sauf les dimensions qui en sont beaucoup moindres. Jamais la malade n'a éprouvé de douleur dans la région qui a été le siége de l'opération. Les digestions sont excellentes, les selles solides, périodiques, et jusqu'à un certain point volontaires. Lorsque le besoin de la défécation se fait sentir, elle en est avertie par un sentiment de gêne, de plénitude, dans le flanc gauche. Elle retire alors la compresse et le bandage de corps qui composent tout son appareil, et les replace lorsque le besoin est satisfait. Dans l'intervalle, il ne s'échappe pas de matières stercorales; il s'opère seulement un suintement muqueux par le bout supérieur. Sous l'influence de la compression, la tumeur diminue de volume, mais elle n'est pas complétement réductible; elle n'est le siége d'aucune sensation, si ce n'est lorsqu'il survient de la diarrhée, que cette femme semble redouter beaucoup. Lorsque l'indication s'en présente, elle prend des lavements sans difficulté. Robuste et bien constituée, malgré sa petite taille, elle est employée aux plus rudes travaux.

3° Le troisième fait est relatif à une dame opérée le 18 mai 1816, par Mériel. Depuis cette époque, elle n'a pas cessé d'habiter Brest. Elle a constamment joui de la santé la plus florissante. Pendant sa vie de jeune fille, elle n'a renoncé à aucun des plaisirs que pouvait lui offrir le monde dans lequel elle

était née ; dans les réunions, dans les bals auxquels elle prenait une part active, rien ne pouvait faire soupçonner son vice de conformation. Elle est aujourd'hui veuve, et mère de quatre enfants bien conformés qu'elle a nourris elle-même. Ses grossesses, ses couches ont été aussi normales que possible. Elle n'a jamais éprouvé la moindre douleur dans la région opérée; elle jouit d'un embonpoint en rapport avec son âge et sa constitution robuste. Nous ne pouvons rien dire de la disposition de l'anus artificiel, des motifs de convenance n'ayant pas permis à notre confrère de l'explorer.

4° Le quatrième fait se rapporte à une femme également opérée par Miriel et morte à l'âge de trente ans après avoir subi cinq ans auparavant l'amputation de la jambe pour une carie scrofuleuse des os du pied. Cette observation a été communiquée à M. Jules Rochard par le docteur Mollet, médecin en chef de l'hospice civil de Brest.

5° La cinquième observation est celle d'un jeune garçon mort à quatorze ans, à la suite de blessures à la tête reçues dans une rixe. La tumeur qui n'avait jamais été maintenue présentait, à l'époque de la mort, une longueur de 10 centimètres. Elle était réductible. Ces indications ont été également fournies par le docteur Mollet.

Tous ces sujets ont été opérés par la méthode de Littre. Chez tous ceux qu'on a pu étudier, il s'est produit, à la longue, un renversement de l'intestin variant pour la longueur de 3 à 10 centimètres et présentant, dans tous les cas, la même disposition. Nous ferons remarquer que ce renversement a constamment et exclusivement porté sur le bout inférieur. Ce fait anatomo-pathologique, déjà remarquable en lui-même, acquiert un intérêt beaucoup plus grand encore lorsqu'on le rapproche de ce qui a été observé dans les anus artificiels résultant de hernies étranglées ou de plaies de l'abdomen. Dans ces cas, en effet, ainsi que Sabatier l'a observé le premier, lorsqu'il y a procidence de l'intestin, celle-ci est formée par le bout inférieur. D'où il semble résulter que ce mode de renversement, dans les anus contre nature, est un fait intimement lié à cette maladie ; fait curieux, mais dont il nous

est difficile de donner l'explication. Les tumeurs sont parfois réductibles, comme dans la cinquième observation ; mais, en général, on ne peut les faire rentrer qu'en partie. Elles sont du reste insensibles au toucher ; la membrane muqueuse qui les revêt, malgré le contact de l'air et des pièces d'appareil, ne s'enflamme jamais ; elles n'ont, en un mot, donné lieu à aucun accident. Les sujets appartenant presque tous aux classes inférieures de la société, aucune tentative n'a été faite, aucun appareil convenable n'a été employé pour maintenir ces hernies et les empêcher de s'accroître. En s'y prenant de bonne heure, on pourrait probablement prévenir, ou du moins pallier cette infirmité.

M. Jules Rochard nous donne de curieux détails, dans sa deuxième observation, sur la manière dont s'opère la défécation. Les selles sont solides, périodiques, et, jusqu'à un certain point, volontaires. Somme toute, les sujets atteints de cette infirmité n'en ont été que médiocrement incommodés, et chez ceux qui ont succombé, à différents âges, la mort a toujours été le résultat de maladies qui y étaient complétement étrangères.

Après avoir exposé ces faits intéressants, M. Rochard se livre à une discussion sur le mode opératoire le plus applicable à l'imperforation de l'anus.

Lorsque le rectum manque dans une certaine étendue, et qu'il n'est pas possible de sentir la fluctuation dans la région ano-périnéale, il rejette avec raison toute tentative par cette voie et veut que, d'emblée et le plus promptement possible, on ait recours à l'établissement d'un anus artificiel. Quant à la méthode, il donne la préférence à celle de Littre sur celle de Callisen, et fait valoir, en faveur de son opinion, que la région iliaque présentant moins de tissus à diviser que la région lombaire, l'opération y est plus simple, considération importante lorsqu'il s'agit d'enfants nouveau-nés, qui, comme on le sait, supportent mal les opérations laborieuses. Nous ajouterons enfin que, pour recueillir ou pour contenir les matières, l'aine offre plus de commodité que la région lombaire.

Tels sont, messieurs, les faits principaux contenus dans le mémoire de M. Rochard. Leur nouveauté et leur importance ne sauraient être méconnues ; elles donnent au travail de notre confrère une grande valeur, et me semblent de nature à faire cesser toute hésitation dans l'esprit des chirurgiens, découragés par la rareté des succès. Aussi, M. Rochard a-t-il pu terminer son mémoire par la phrase suivante à laquelle nous nous associons très volontiers : « Lorsque la chirurgie n'hésite pas à sauver les jours d'un malade, au prix des plus effrayantes, des plus hideuses mutilations, je ne comprendrais pas, qu'en présence d'une mort certaine, elle reculât devant une opération qui ne laisse après elle qu'une infirmité compatible avec tous les devoirs, avec toutes les jouissances de la vie, et qu'il est extrêmement facile de dissimuler. »

En terminant ce rapport, la commission dont je suis l'organe, a l'honneur de proposer à l'Académie.

1° D'adresser des remercîments à M. Jules Rochard pour son intéressante communication ;

2° D'envoyer son travail au comité de publication.

— M. Malgaigne : M. Rochard donne la préférence à la méthode de Littre sur celle de Callisen dans l'opération de l'anus artificiel ; je désirerais savoir si M. le rapporteur se range complétement à cet avis.

— M. Robert : J'avoue que, jusqu'à ce jour, j'avais préféré la méthode de Callisen à celle de Littre ; mais cette préférence était toute théorique, et en présence des faits rapportés par M. Rochard, je suis très disposé à partager son opinion.

— M. Malgaigne : Je rends justice au remarquable travail de M. Rochard et aux raisons qu'il a fait valoir en faveur de la méthode de Littre ; mais pourtant je ne puis m'empêcher de présenter quelques arguments qui me paraissent établir encore la supériorité de celle de Callisen.

Dans l'opération de Littre, vous lésez le péritoine ; vous courez les risques d'une péritonite mortelle. Dans celle de Callisen, vous n'intéressez point la séreuse abdominale ; cela me paraît un immense avantage.

Un des motifs de la préférence de M. Rochard pour l'opération de Littre, c'est qu'elle place l'anus en avant, tandis que celle de Callisen le place presque dans le dos. Mais la véritable position de l'anus est-elle donc par devant, et le Créateur se serait-il mépris, par hasard, en le plaçant là où il l'a mis? M. Rochard parle, dans son mémoire, d'une dame, mère de quatre enfants, qui portait un anus artificiel dans la région inguinale depuis l'époque de sa naissance. Pensez-vous que ce fût là que l'anus eût été pratiqué, si cette dame ou son mari eussent pu en choisir le siége?

Un anus ainsi placé à la partie antérieure et inférieure du ventre, dans le voisinage du pubis, du mont de Vénus et des organes génitaux, doit être une infirmité bien repoussante et qui expose à bien des inconvénients de malpropreté, surtout quand les sujets sont atteints de dévoiement, comme il arrivait souvent à l'un des opérés dont parle M. Rochard.

Enfin, un dernier et un très grand désavantage de l'anus artificiel dans la région de l'aine, c'est de prédisposer nécessairement aux hernies.

— M. Robert : Je répète qu'avant de connaître l'intéressant travail de M. Rochard, je partageais pour l'opération de Callisen les sympathies de M. Malgaigne, et l'on n'a peut-être pas oublié que dans le rapport que j'ai eu l'honneur de lire en 1856 devant l'Académie (1), je développais toutes sortes de raisons théoriques qui me semblaient militer en faveur de cette méthode; mais je ne sache pas qu'il existe dans la science un seul cas de succès qui puisse lui être attribué; tandis que nous apprenons, par la communication de M. Rochard, que la méthode de Littre a procuré un certain nombre de cures radicales. Pouvais-je hésiter, dès lors, à renoncer à mes anciennes préférences et à reconnaître la supériorité de l'opération de Littre, en dépit des considérations théoriques qui lui sont si favorables?

M. Malgaigne objecte qu'on ne peut s'empêcher de léser le

(1) *Sur une opération d'anus artificiel* (*Bulletin de l'Académie*, t. XXI, p. 931.)

péritoine, et il est effrayé d'un pareil danger. Mais cette séreuse n'est-elle pas intéressée dans les opérations de hernies, et cela a-t-il jamais arrêté la main des chirurgiens?

M. Malgaigne prétend qu'il y a de grands avantages à porter un anus artificiel dans le flanc. Pour moi, je n'y vois que des inconvénients. Lorsque l'anus est dans la région de l'aine, n'est-il pas infiniment plus commode de se panser soi-même, de se donner tous les soins de propreté que réclame une pareille infirmité, sans être forcé de mettre les autres dans la confidence d'une pareille affliction? Voyez la dame dont il est question dans le travail de M. Rochard : elle appartenait à une famille considérable; elle s'est mariée; elle a fréquenté le monde sans que jamais personne ait soupçonné l'opération qu'elle avait subie, et l'anomalie qui en était résultée.

M. Malgaigne ne contestera pas non plus qu'il soit bien plus facile de porter un appareil destiné à recevoir les matières intestinales par devant que par derrière. Enfin je défie notre collègue, malgré toute son habileté, de se donner aisément des lavements par le flanc, tandis que rien ne sera plus simple si l'anus est dant l'aine.

M. Malgaigne redoute les hernies à la suite de l'opération de Littre. Mais je lui ferai remarquer que cet accident ne s'est produit chez aucun des malades dont parle M. Rochard. Il est seulement question de la procidence de la muqueuse intestinale; mais c'est là un inconvénient auquel expose tout aussi bien l'opération de Callisen.

— M. Moreau : Je suis vraiment frappé du nombre en quelque sorte prodigieux de sujets atteints d'imperforation de l'anus dans le département du Finistère. Ce vice de conformation est tellement rare à Paris, que je n'ai eu l'occasion de l'observer que trois ou quatre fois durant les quarante-cinq ans que j'ai passés à la Maternité, où il naît habituellement de 3,000 à 4,000 enfants. Y a-t-il donc dans le climat de la Bretagne quelque chose de particulier qui puisse expliquer un fait de cette nature?

Une autre chose m'étonne encore, c'est le nombre de succès

obtenus par la méthode de Littre dans ce pays. Cela me surprend surtout quand je songe aux insuccès de la méthode qui consiste à rétablir l'anus dans sa position normale. Je crois que cette opération même n'a réussi qu'une seule fois entre les mains d'Amussat, si j'ai bonne mémoire.

— M. Robert : Je répondrai à M. Moreau qu'il n'est point croyable qu'il y ait dans le Finistère plus d'enfants imperforés qu'en toute autre contrée. Si les chirurgiens de ce pays en ont observé et opéré un plus grand nombre, cela tient vraisemblablement aux succès des premières opérations. Ne savez-vous pas avec quelle affluence les malades accourent vers un chirurgien qui a réussi dans une opération où ses confrères échouent?

M. Moreau trouve surprenant aussi que les succès de l'anus artificiel soient plus rares à Paris qu'à Brest : cela ne viendrait-il pas de ce qu'à Brest, Duret avait l'habitude de pratiquer d'emblée l'opération de Littre, tandis qu'à Paris ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'on a recours à l'anus artificiel, lorsque toutes les tentatives pour rétablir l'anus à sa place ordinaire ont été épuisées? C'est là peut-être une tendance malheureuse et une pratique à rejeter.

— M. Larrey : Les faits remarquables rapportés par M. Rochard expliquent bien et légitiment parfaitement la préférence que ce chirurgien accorde maintenant à la méthode de Littre, et je suis tout disposé à accepter cette manière de voir.

M. Moreau vient de nous rappeler une opération faite par Amussat, et qui aurait été suivie de succès. Notre honorable collègue ne connaît que la première partie de l'observation. Le succès ne fut que passager. L'enfant mourut au bout de quelques jours.

— M. Depaul : On a donné bien des raisons pour établir la supériorité de la méthode de Littre sur celle de Callisen; mais il en est une sur laquelle j'ai déjà insisté en 1856, et que je veux rappeler aujourd'hui, car elle me paraît d'une

haute importance, c'est que la méthode de Callisen ne saurait s'appliquer à tous les cas d'imperméabilité du gros intestin. Quelquefois non-seulement le rectum, mais encore une grande partie de l'S iliaque ou du côlon descendant manque ou est oblitérée; comment, en pareille circonstance, un chirurgien se tirerait-il d'affaire par la méthode de Callisen? Il aurait fait là une opération entièrement inutile, tandis que la méthode de Littre lui permet d'agir sur le cæcum ou le côlon ascendant, qui font rarement défaut, et même sur une anse d'intestin grêle dans le cas où ces portions du gros intestin viendraient à manquer.

— M. Velpeau : Je regrette de ne pas être arrivé assez tôt pour entendre le rapport de M. Robert; mais j'ai une réflexion à faire relativement à une opinion que vient d'exprimer notre honorable collègue. M. Robert a paru condamner la pratique qui consiste à faire des tentatives pour rétablir l'anus à sa place ordinaire, avant de recourir à l'opération de l'anus artificiel. C'est là une opinion qu'il me semblerait dangereux d'adopter d'une manière trop absolue; car il est certainement des cas où il est très possible de rendre à l'intestin sa perméabilité par les voies naturelles : ne serait-il pas alors impardonnable à un chirurgien d'avoir ouvert l'intestin dans le flanc ou dans l'aine?

Sans doute la méthode de Littre présente de grands avantages; mais M. Malgaigne vous a déjà dit qu'elle avait aussi de grands inconvénients. Il en est un très grave qui a été oublié, et que je vais signaler : c'est qu'elle ouvre l'intestin le plus loin possible de sa terminaison. Voyez-vous les troubles et les dangers qui doivent en résulter pour les phénomènes de la digestion et de la nutrition? N'importe-t-il pas essentiellement à ces deux fonctions que les sujets perdent le moins possible de leur tube intestinal? Cet inconvénient ne se rencontre pas dans la méthode de Callisen, qui ouvre l'intestin dans un point assez voisin de la région anale.

Quant aux dangers qui peuvent résulter de la lésion du péritoine dans l'opération de Littre, et qui ont alarmé M. Mal-

gaigne, je les crois chimériques; jamais, pour mon compte, je n'ai vu survenir de péritonite mortelle à la suite d'une opération de ce genre.

Je partage l'avis de M. Robert relativement aux avantages et à la commodité qu'offre l'anus placé dans la région de l'aine, quand il s'agit de se donner des soins de propreté et de se panser soi-même.

En résumé, je crois que lorsqu'un chirurgien est en présence d'un enfant imperforé, il doit, avant tout, chercher à rétablir l'anus dans sa situation normale; et si ses tentatives sont infructueuses, il aura recours à l'anus artificiel, soit par la méthode de Littre, soit par la méthode de Callisen, mais de préférence par celle de Littre.

— M. Robert : M. Velpeau a raison en théorie; mais je crois qu'il ne faut pas, en pratique, adopter son précepte d'une manière trop absolue. Je m'explique. Un enfant nous est présenté avec une imperforation anale. Notre premier devoir, sans doute, est d'explorer la région du périnée. Si nous trouvons là une tumeur molle, fluctuante, qui nous indique la présence du méconium, nous devons inciser et rétablir ainsi l'anus dans son siége ordinaire; mais si tous ces signes manquent, si rien ne peut nous préciser jusqu'à quelle hauteur remonte l'imperforation, je crois qu'il faut pratiquer d'emblée l'anus artificiel, plutôt que d'épuiser les nouveau-nés par des tentatives ayant pour but de trouver le bout inférieur du gros intestin, qui le plus souvent nous échappe. Je suis convaincu, je le répète, que c'est là une des raisons pour lesquelles nous avons perdu jusqu'à présent tous nos petits opérés. Duret lui-même, avant d'adopter une autre manière d'agir, a perdu vingt-deux opérés.

— M. Velpeau : Je ne voudrais pas non plus que l'on épuisât les malades, et que l'on compromît ainsi le succès de l'opération; mais je ne trouve pas rationnel de se hâter de pratiquer un anus artificiel dans le flanc ou dans la région inguinale, avant de s'assurer s'il n'est pas possible de le rétablir dans la

région ano-périnéale. M. Robert veut qu'on n'ait recours à cette première opération que lorsqu'il y a des signes certains qui annoncent que le rectum se prolonge jusqu'au périnée. Mais les signes que notre collègue a donnés peuvent manquer. Ainsi, je me souviens d'avoir opéré un enfant nouveau-né dans ces conditions. J'ai longtemps cherché le rectum dans sa position ordinaire; ne réussissant pas à le trouver, j'ai eu recours successivement à l'entérotomie lombaire et à l'entérotomie inguinale. L'enfant succomba. A l'autopsie, je trouvai le rectum complet, mais vide et dévié à droite.

Dans les cas de ce genre, il serait utile de suivre un conseil qui a été donné, mais qui n'a jamais été appliqué, que je sache : ce serait, après avoir ouvert l'intestin au niveau des lombes ou de l'aine, d'introduire une sonde de bas en haut dans le côlon pour apprécier le siége et l'étendue de l'atrésie d'une part, et, d'autre part, pour servir de guide à l'instrument tranchant, dans les cas où, le rectum se prolongeant jusqu'au périnée, on jugerait à propos de restituer l'anus à sa place habituelle.

— M. Robert : Je ne crois pas qu'il existe dans la science un cas de guérison radicale à la suite des tentatives dont parle M. Velpeau; je les considère donc comme très dangereuses. Supposons même qu'on ait réussi à découvrir, à une certaine hauteur dans le bassin, l'ampoule rectale, est-il permis d'espérer qu'il ne résultera aucun accident grave de ce passage des matières fécales à travers une portion plus ou moins longue de l'excavation pelvienne?

— M. Huguier : Quand l'atrésie du rectum ne remonte pas très haut, quand elle ne dépasse pas 1 ou 2 centimètres, je crois qu'on peut, sans inconvénients, tenter de rétablir l'ouverture anale par la voie naturelle.

Mais quand cette opération n'est pas possible, et qu'il faut recourir à l'entérotomie, j'estime que la méthode de Littre est préférable à celle de Callisen. Quant au choix du procédé, je crois qu'il vaut mieux pratiquer l'opération de Littre dans la

région inguinale droite que dans la région inguinale gauche. En effet, l'S iliaque est très longue chez le fœtus et chez l'enfant nouveau-né, et elle se dirige transversalement dans la fosse iliaque droite, pour de là se replier de nouveau et plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne. Grâce à cette disposition dont j'ai signalé le premier la constance, je suis d'avis qu'on trouvera plus aisément la terminaison du côlon à droite qu'à gauche. La disposition dont je parle ici s'observe, chez les enfants, jusqu'à l'âge de dix-huit mois à deux ans.

M. Huguier rappelle, à l'appui de cette assertion, l'opération d'entérotomie qu'il a eu l'occasion de pratiquer avec M. Robert.

— M. Robert : Je ne pense pas que, pour assurer le succès de la méthode de Littre, il soit nécessaire d'opérer à droite, comme le veut M. Huguier. On peut pratiquer l'incision à gauche, mais il faut la faire un peu haut, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, comme le voulait Duret.

— M. Depaul : Je ne crois pas que par l'incision périnéale il soit aussi difficile de trouver l'ampoule rectale que le pense M. Robert. Quant à moi, j'y suis parvenu deux fois, lorsque rien ne révélait au dehors la présence du rectum, et les enfants ont vécu plus de deux mois, à ma connaissance; depuis lors, je les ai perdus de vue.

— M. Larrey demande que le nom de M. Rochard soit inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant.

— M. le Président fait observer que le désir exprimé par M. Larrey est réalisé depuis longtemps.

Les conclusions du rapport de M. Robert sont mises aux voix et adoptées.

—

II. *Mémoire sur la ventilation*, par M. le docteur PETIT (de Maurienne). — (*Rapport* de MM. Bouchardat, Rostan et Londe, *rapporteur*.)

Messieurs, M. Petit est membre du conseil de salubrité de la ville de Paris depuis 1808 ; il a été médecin des hôpitaux civils et des prisons de Paris, chargé du traitement de diverses épidémies qui ont éclaté soit dans le département de la Seine, soit dans d'autres départements. La position actuelle de M. Petit et les circonstances au milieu desquelles il s'est trouvé l'ont donc mis à même d'apprécier l'influence de l'habitation privée ou publique sur toutes les classes de la société. Son travail était achevé en 1840, et, depuis cette époque, M. Petit n'a pu, dit-il, recueillir aucune nouvelle lumière de tout ce qui a été fait ou publié tant en France qu'en pays étranger, pour l'amélioration des habitations sous le rapport si important de la salubrité. Ce que l'on a fait de mieux à cet égard, dit-il, laisse beaucoup à désirer. M. Petit va plus loin encore : il rejette cette prétendue pénurie sur l'absence de principes fixes dont on puisse faire des applications.

Après cette critique que nous apprécierons, l'auteur traite :

1° *Du mouvement de l'air à la surface du globe*, mouvement dont la cause est dans l'action calorifique des rayons solaires.

2° Des vents *réguliers* ou *alizés*, soufflant du nord-est au sud-ouest dans l'hémisphère boréal, et du sud-est au nord-ouest dans l'hémisphère austral ; des vents *périodiques*, c'est-à-dire qui soufflent régulièrement dans la même direction, aux mêmes saisons et aux mêmes heures de la journée, tels que le *mousson*, qui souffle six mois dans une direction, six mois dans une autre, dirigé vers les continents en été, en sens contraire en hiver ; le *simoun*, qui souffle des déserts de l'Asie et de l'Afrique et se fait sentir de la fin d'avril jusqu'en juin ; la *brise*, qui souffle sur les côtes de la mer, vers la terre le jour, et de la terre vers la mer la nuit ; les vents *variables*, qui soufflent tantôt dans une direction, tantôt dans une autre.

Viennent enfin les *ouragans* et les *trombes*, ces amas de vapeurs en suspension dans les couches inférieures de l'atmosphère, qu'elles traversent animées le plus souvent d'un mouvement giratoire assez rapide pour briser et détruire tout ce qu'elles rencontrent, et sur lesquelles l'un de nos collègues, M. Bonnafont, a dernièrement publié un mémoire rempli de faits curieux et extrêmement intéressants.

3° *Du renouvellement de l'air par les cours d'eau*, moyen de ventilation beaucoup plus limité que celui qui est dû à l'action du soleil et à celle des vents, qui en sont la conséquence.

4° *Du renouvellement de l'air par la végétation*, renouvellement qui procède, non par déplacement, mais par épuration.

Viennent ensuite les applications de ces différents modes de renouvellement de l'air, aux villes, villages, rues, carrefours, places, habitations privées; l'inconvénient de permettre la création de villages trop près des grandes villes, de laisser fumer les terres qui avoisinent celles-ci par des boues soumises à la fermentation putride; l'influence du vent dominant sur la pureté de l'air des points les plus éloignés de la ville, l'avantage d'ouvrir de larges rues dans la direction de ce vent et dont les dimensions devraient être égales à la hauteur des maisons.

Dans ce qui a trait au renouvellement de l'air par la végétation, l'auteur insiste sur les conditions nécessaires pour que cette action épuratoire s'exerce dans toute sa plénitude. M. Petit fait ici la remarque qu'au lieu d'élever des monuments sur les places, comme on le fait trop généralement à Paris, on devrait recouvrir celles-ci de végétaux, comme on le pratique à Londres, avec un immense avantage pour la salubrité de la ville.

Après ces considérations, M. Petit passe au renouvellement de l'air dans les habitations et à cet égard émet le vœu que les ouvertures qui donnent passage à l'air soient nombreuses et opposées; que celles qui sont destinées à l'entrée de l'air soient établies près du plancher inférieur de l'habitation, et

celles destinées à la sortie de l'air pratiquées près du plancher supérieur.

L'auteur donne ensuite l'explication de la manière dont s'établissent les courants d'air dans les cheminées, suivant qu'elles contiennent ou ne contiennent pas de feu ; il voudrait que les ouvertures qui donnent issue à l'air eussent des surfaces proportionnellement plus étendues que celles qui lui donnent entrée ; que celles-ci fussent garnies de toiles métalliques à mailles serrées ; demande de nouvelles dispositions de voirie, relativement aux cours, aux portes cochères, aux allées et à la hauteur des étages divers d'une maison ; et, à l'exemple de Vitruve, il prescrit, comme règle d'architecture, que la hauteur d'une pièce habitée soit égale à la moitié de la somme des deux autres dimensions, longueur et largeur.

Pour déterminer, dit M. Petit, le minimum d'élévation des divers étages d'une maison, il faudrait, en France, établir deux sections, le midi et le nord, et fixer ce minimum à 3 mètres 30 centimètres en sous-œuvre pour la région nord, et à 4 mètres pour celle du midi. Une élévation moindre serait insalubre.

La législation relative aux jours de souffrance devrait, suivant M. Petit, être révisée, car jusqu'ici on n'a considéré ces ouvertures que comme donnant passage à la lumière, tandis qu'elles doivent être considérées comme moyen de ventilation. Dans l'intérêt du cultivateur et du journalier dans les campagnes, ces jours de souffrance devraient être exigés dans la construction des maisons, qui, presque toutes, qu'elles soient isolées au milieu des champs ou groupées en villages, présentent, sous le rapport de la ventilation, les inconvénients des appartements simples en profondeur. M. Petit blâme aussi la disposition des croisées qui se trouvent presque toujours du même côté que la porte.

Pour parer à cet inconvénient qui rend la pièce insalubre, il conviendrait, suivant l'auteur, de rendre obligatoire, du côté opposé à la croisée, et le plus près possible de la hauteur du plancher, l'ouverture d'un ou deux jours de souffrance,

garnis d'un vitrage mobile à bascule, de haut en bas, au moyen desquels il serait facile d'obtenir une bonne ventilation.

Les observations faites relativement aux habitations du laboureur conduisent M. Petit à demander pourquoi l'autorité administrative n'interviendrait pas pour en régler le mode de construction et pour imposer, sans en augmenter le prix, des conditions qui rendraient les habitations plus salubres, prescrire par exemple un mode d'écoulement des eaux pluviales et ménagères, qui ne fût pas, comme cela est, un foyer permanent d'infection auquel l'auteur attribue la source d'épidémies fréquentes dans certains villages.

M. Petit termine son mémoire en demandant, pour les constructions destinées dans Paris aux ouvriers et petits employés, de même que pour les casernes, la suppression des mansardes. Nous avons, dit-il, vu des familles entières devoir à des appartements mansardés les maladies dont elles étaient atteintes et ne pouvoir s'en délivrer qu'en changeant de logement; et, dans les visites fréquentes que nous avons faites des casernes de Paris, nous avons *toujours* vu que les dortoirs établis dans les mansardes sont ceux qui fournissent le plus grand nombre de malades.

Comme vous vous en serez aperçus, messieurs, le mémoire de M. Petit renferme, dans plus d'un passage, des idées depuis longtemps dans le domaine de la science et sur la nouveauté desquelles l'auteur se fait peut-être quelque illusion; renferme aussi, par suite de l'époque reculée à laquelle il a été rédigé, quelques vœux que, relativement à Paris du moins, nous n'avons heureusement plus à exprimer aujourd'hui. Nonobstant ces remarques, ce mémoire n'en est pas moins un travail important et digne d'être pris en considération par l'autorité administrative. Votre commission, messieurs, a, en conséquence, l'honneur de vous proposer de remercier M. Petit de son intéressante communication et de l'engager à ne pas laisser perdus pour le public, d'immenses matériaux dont le présent mémoire n'est qu'un extrait.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

III. *Mémoire sur la composition chimique des mollusques, considérée dans ses rapports avec leur emploi médical;* par M. EUGÈNE FOURNIER, pharmacien. — (*Commissaires :* MM. Chatin, et Moquin-Tandon, *rapporteur.*)

Messieurs, vous nous avez chargés, M. Chatin et moi, d'examiner un travail de M. Eugène Fournier, sur la composition chimique des mollusques, dans ses rapports avec la thérapeutique.

M. Eugène Fournier a étudié dans ce travail :

1° Quels sont, dans les mollusques usités, les matières auxquelles ils doivent leur valeur thérapeutique;

2° Si les principes médicamenteux existent, dans les diverses espèces, en proportions constantes ou variables;

3° Si la composition chimique des mollusques peut être modifiée par les milieux naturels ou artificiels au sein desquels ils sont placés.

Avec beaucoup de chimistes et de médecins, l'auteur admet dans les mollusques quatre matières qui peuvent agir thérapeutiquement; ce sont : 1° le *mucilage*, 2° l'*iode*, 3° le *soufre*, 4° le *phosphore*.

Le dosage de ces matières est donc la première préoccupation de M. Fournier. Ce dosage est fait avec un soin minutieux et à l'aide des meilleures méthodes.

1° *Mucilage*. L'auteur a reconnu que le mucilage est plus abondant chez les *gastéropodes* que chez les *acéphales*. Cette matière existe en grande quantité dans la *paludine vivipare*. Viennent ensuite les *escargots*, puis les *limnées* et les *planorbes*, puis les *anodontes* et les *mulettes*, puis la *seiche*, et enfin les *huîtres*, les *moules* et les *pèlerines*.

2° *Iode*. L'un de nous avait entrepris autrefois des recherches sur l'iode des mollusques. M. Fournier a répété ces recherches; il les a étendues et complétées. Il a constaté que les espèces marines sont les plus riches. Les mollusques flu-

viatiles tiennent le second rang, et les mollusques terrestres le troisième.

L'*huître* fait exception à cette loi ; elle contient moins d'iode que les *paludines* et les *planorbes*, mais elle en a un peu plus que les *anodontes* et les *mulettes*.

Quant à ce qui est des espèces d'habitat semblable mais de genres différents, il ressort des analyses de M. Fournier que la *moule* fixe plus d'iode que l'*huître*, la *limnée* plus que le *planorbe* et la *limace* plus que l'*hélice vigneronne*.

3° *Soufre*. Relativement au soufre, M. Fournier a trouvé en première ligne les *limnées* et autres mollusques fluviatiles ; en seconde, les *escargots* et autres espèces terrestres ; et en troisième, les *huîtres* et autres espèces marines.

On remarquera que les *limnées* et les *paludines*, qui sont en tête de la liste, occupent aussi un rang très élevé pour le mucilage et pour l'iode.

4° *Phosphore*. Les coquilles des mollusques n'ont donné à l'auteur, comme aux chimistes qui l'ont précédé, aucune quantité appréciable de phosphore, principe que M. Gobley vient cependant d'y signaler, toutefois, en bien petite quantité.

Le parenchyme de l'animal, pris en masse, n'a pas paru notablement phosphoré ; mais il en a été autrement des ganglions nerveux, que l'auteur a trouvés, quant à leur composition, se rapprocher du système cérébro-spinal des animaux supérieurs.

Au point de vue de l'influence des milieux et de l'alimentation des mollusques, M. Fournier a signalé des faits qui ont un intérêt réel pour la thérapeutique. C'est ainsi qu'il a reconnu, en comparant des *limnées* prises dans les étangs de Ville-d'Avray et des *limnées* recueillies dans un fossé entretenu par une source riche en fer et en iode, que la proportion d'iode des premiers était à peu près quatre fois moins considérable que celle des seconds. L'un de nous avait déjà signalé ce rapport remarquable entre l'iode des eaux et celle des mollusques qui habitent dans leur sein. M. Fournier a constaté aussi, quant au soufre, que ce corps est beaucoup

plus abondant dans les *limnées* et les *paludines* d'un étang sulfureux des environs de Paris, que les mêmes espèces d'une pièce d'eau voisine non sulfurée.

Ces observations ont conduit M. Fournier à prévoir tout l'avantage que la thérapeutique pourrait retirer d'un milieu artificiel dont on varierait à volonté la nature et les conditions. L'alimentation des mollusques influant sur les principes qu'ils contiennent, il devient possible d'augmenter la quantité de ces derniers, et même d'introduire, dans le parenchyme de l'animal, des substances qui ne s'y rencontrent pas habituellement. Ainsi M. Fournier se propose, d'une part, de rendre les *escargots* plus iodés, plus sulfurés, plus phosphorés..., et d'une autre, de leur faire assimiler des doses d'opium, de belladone, de digitale, d'arsenic... : on sait que les mollusques peuvent manger, sans inconvénient, diverses substances qui exercent une action plus ou moins prononcée sur nos organes.

Cette influence de l'alimentation sur la chair des mollusques est, du reste, connue depuis longtemps; nous devons le rappeler. Les anciens nourrissaient les *escargots*, élevés par eux dans des parcs ou *escargotières* (*cochlearia*), avec du son bouilli mêlé à des végétaux aromatiques, ou bien avec des feuilles de laurier trempées dans un peu de vin; mais l'idée de faire servir cette connaissance à la thérapeutique paraît appartenir à M. Fournier. Cette idée mériterait d'être suivie.

Nous concluons, messieurs, en vous proposant d'adresser des remercîments à M. Eugène Fournier, et à l'engager à continuer ses recherches, déjà très intéressantes.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Notice sur le docteur Joseph Gensoul (de Lyon).

Remarques sur le caractère, la cause, la nature et le traitement de la

fièvre qui survient après les opérations pratiquées dans le canal de l'urèthre, par M. le docteur Félix Bron.

Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. V, 4e livraison.

Journal de médecine de Bordeaux. Janvier.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 7.

Recueil de médecine vétérinaire. Décembre.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques. 20 janvier.

Le Progrès, t. III, n. 3.

Gazette médicale d'Orient, n. 10.

L'Abeille médicale, n. 4.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, tome VI, n. 3.

La France médicale et pharmaceutique, n. 4.

Gazette médicale de Paris, n. 4.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 8 à 10.

L'Union médicale, n. 8 à 10.

Gazette des hôpitaux, n. 8 à 10.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 3.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur Barrera, sur une épidémie de fièvre bilieuse qui a régné dans la commune de Nohèdes. (*Commission des épidémies.*)

II. Un mémoire de M. le docteur Alibert, intitulé : *Traité des eaux d'Ussat; Traité des eaux d'Audinac.* (*Renvoi à la Commission des eaux minérales.*)

III. Une lettre par laquelle M. Hirtz demande que l'Académie s'occupe de la communication qu'il lui a faite sur la construction d'un siége nouveau. (La communication de M. Hirtz n'ayant pas été jugée susceptible de devenir l'objet d'un rapport, il sera répondu dans ce sens à M. le ministre.)

IV. Le même ministre prie l'Académie de vouloir bien mettre à sa disposition un rapport de M. le docteur Roussel sur la pellagre, qui a été soumis à l'examen de la compagnie. (M. Jolly, rapporteur.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Édouard Laroche fils informe l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de son père, M. le docteur Nicolas-Claude Laroche, son correspondant à Angers.

II. M. le maire de la ville d'Amiens accuse réception du

volume des *Mémoires de l'Académie*, dont il a été fait hommage à la bibliothèque communale de cette ville.

III. M. le docteur LIÉGARD (de Caen) envoie l'exposé de ses titres à la place de correspondant. (*Commission des correspondants.*)

IV. M. le docteur PONS adresse à l'Académie quelques appréciations sur le tubage du larynx et sur la trachéotomie.

V. M. le docteur LIMOUSIN adresse également à la Compagnie une Note sur la thérapeutique de l'angine avec fausses membranes, etc.

VI. M. le docteur G. FAVROT présente à l'Académie le modèle d'un instrument qu'il désigne sous le nom de sécateur trilame perfectionné.

VII. M. MATHIEU soumet à l'Académie une sonde-rugine qu'il a exécutée d'après les indications de M. le docteur OLLIER.

—

PRIX PORTAL.

N° 1. *Épigraphe :* L'anatomie pathologique nous apprend le siége des maladies, leur nature organique, leurs causes organiques ; elle éclaire le diagnostic, elle est le fondement de tout bon pronostic, de toute bonne thérapeutique. (M. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale.*)

—

Discussion sur l'anus artificiel.

M. HUGUIER demande la parole à propos du procès-verbal.

Messieurs, dit-il, j'ai avancé dans la dernière séance des faits qui ont pu paraître extraordinaires à ceux qui les entendaient énoncer pour la première fois. Je viens aujourd'hui fournir des preuves à l'appui de mes assertions.

Je rappellerai d'abord que, pendant la vie intra-utérine,

l'estomac et l'intestin grêle sont des organes d'attente, peur ainsi dire, et qui ne jouent encore qu'un rôle très secondaire, étant seulement destinés à digérer, à élaborer les sucs qui s'exhalent à leur surface muqueuse ; aussi ces différents départements du tube digestif ont-ils des dimensions relativement très exiguës. Il n'en est pas de même du gros intestin, et surtout de ses dernières portions : celles-ci servant de réservoir aux résidus digestifs, au méconium, acquièrent des proportions assez considérables en longueur et en volume. De là ce développement énorme de l'S iliaque, qui, se trouvant à l'étroit dans la fosse iliaque gauche, passe au-dessus du détroit supérieur jusque dans la fosse iliaque droite, et de là plonge dans le bassin pour se continuer avec le rectum, comme je l'ai déjà exposé.

Ces jours derniers encore, j'ai pu constater cette disposition sur un certain nombre de fœtus ou d'enfants nouveau-nés dans les pavillons de l'École pratique. M. Broca m'ayant objecté que cette particularité anatomique ne se rencontrait peut-être point chez les enfants imperforés, je lui ai montré des planches dessinées d'après nature, et qui démontrent la constance du fait dont il s'agit. Voici ces planches; je prie l'Académie de vouloir bien vérifier l'exactitude de ce que j'avance.

Maintenant, pour lever tous les doutes, je vais ouvrir en votre présence ce cadavre d'un enfant de trois ou quatre jours. Veuillez vous assurer par vous-mêmes, messieurs, de la position et de la direction de l'S iliaque sur ce sujet.

Je crois donc que c'est là une vérité désormais bien établie. Quelles conséquences pratiques devons-nous en tirer?

1° Quand on voudra rétablir l'anus dans la région ordinaire ou ano-périnéale chez les enfants imperforés, on devra diriger les recherches non point en arrière et à gauche, comme on le fait généralement, mais en avant et à droite.

2° Si l'anus ne peut pas être refait dans sa position normale et qu'il soit nécessaire de recourir à un anus contre nature suivant la méthode de Littre, il y aura de grands inconvénients à opérer à gauche par le procédé ordinaire, tandis

qu'il y aura les plus grands avantages à opérer à droite, comme je l'ai déjà dit dans la dernière séance.

Si l'on opère à gauche, on ne rencontre plus l'S iliaque; mais on tombe, le plus souvent, sur une anse d'intestin grêle; de là une très longue portion du tube digestif perdue pour l'avenir. Enfin, si l'on veut suivre le conseil donné par M. Velpeau, c'est-à-dire rechercher l'ampoule rectale à l'aide d'une sonde dirigée de haut en bas dans l'intestin divisé, on éprouve des difficultés excessives, quelquefois même on n'y peut réussir à cause de l'extrême longueur de l'S iliaque, qu'il faut parcourir tout entière.

En opérant à droite, on évite tous ces inconvénients.

La méthode de Littre, telle qu'elle est généralement connue et suivie, expose incontestablement à l'épanchement des matières fécales dans le péritoine. C'est un immense danger qu'on pourrait éviter, ce me semble, en adoptant la modification que je propose, et qui consiste, lorsque la paroi abdominale a été incisée à droite, à ouvrir l'intestin, non plus avec le bistouri, mais avec un trocart que l'on conduit ensuite de haut en bas, suivant la direction du gros intestin, de manière à le porter jusqu'à la région anale, où il devient ainsi très facile de rétablir l'ouverture terminale du tube digestif. Il suffit, pour prévenir tout accident d'épanchement dans le péritoine, de fermer la petite plaie résultant de la ponction de l'intestin avec un point de suture.

Dernièrement j'ai perdu, à l'hôpital Beaujon, une jeune fille de dix-neuf à vingt ans à laquelle j'ai pratiqué une opération d'entérotomie inguinale gauche pour remédier à des accidents d'étranglement interne qui menaçaient ses jours. A l'autopsie, j'ai constaté qu'il y avait 2 mètres 1/2 de gros intestin au-dessous du point où j'avais opéré. Je suis presque sûr que j'aurais pu sauver la vie à cette malade si j'avais opéré à droite.

Je crois donc qu'il y aurait avantage, même chez l'adulte, à pratiquer l'entérotomie dans la fosse iliaque droite.

— M. Velpeau : Les comptes rendus de la dernière séance,

dans l'analyse qu'ils ont donnée du rapport de M. Robert, m'ont fait dire des choses que je n'ai jamais articulées.

Ainsi, je n'ai jamais prétendu qu'il fût impossible d'obtenir des cures radicales chez les enfants imperforés. J'ai dit, il y a deux ans, que je ne connaissais point d'exemple de guérison définitive, et j'ai exprimé le désir que ceux de nos confrères qui possédaient quelque fait de ce genre le fissent connaître à l'Académie

En second lieu, on m'a montré comme un partisan de la méthode de Callisen ; c'est tout le contraire, j'ai déclaré que je préférais celle de Littre.

Je prie donc M. le secrétaire annuel de vouloir bien tenir compte de cette rectification pour la rédaction du *Bulletin*.

— M. Robert : Tout ce qu'a dit M. Huguier ne tendrait à rien moins qu'à modifier l'état de la science en matière d'entérotomie. Ceci mérite un sérieux examen et ne peut être accepté sans discussion.

Le fait anatomique annoncé par notre collègue est exact ; l'S iliaque se trouve à droite chez l'enfant nouveau-né. Mais ce que je conteste, c'est la question pathologique telle qu'il l'a posée.

Ainsi je prétends qu'on peut très bien rencontrer le côlon descendant à gauche, si l'on a soin de pratiquer l'opération comme le recommande Duret, un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les opérations de Duret, deux tentatives que j'ai faites moi-même suivant ce procédé, ne laissent aucun doute à cet égard. Je ne pense donc pas que la disposition anatomique signalée par M. Huguier chez le fœtus soit de nature à faire rejeter l'operation de Littre modifiée par Duret.

Chez l'adulte, c'est bien différent. Je suis d'avis d'opérer à droite dans les cas d'occlusion intestinale ; car, comme on ne peut guère, dans la majorité des cas, déterminer le siége précis de l'obstruction, il y aura toujours avantage à pratiquer l'entérotomie sur le cæcum. Or, rien n'est plus facile que de découvrir cette portion de l'intestin, ainsi que j'ai pu

m'en assurer dernièrement sur un malade atteint d'étranglement interne, et que j'ai opéré dans le service de M. Legroux. Ce malade a succombé ; mais je crois qu'on eût pu le sauver, si l'opération eût été pratiquée plus tôt. Je suis convaincu, en effet, que beaucoup d'insuccès de gastrotomie résultent d'une trop longue temporisation. C'est encore à cette circonstance que j'attribue la mort d'une malade que j'ai opérée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Barth.

— M. Velpeau : Il semblerait plus rationnel, *à priori*, de pratiquer l'opération de Littre à gauche pour aller à la recherche de l'S iliaque ; mais M. Huguier a si bien établi que cette portion de l'intestin occupe le côté droit chez les enfants nouveau-nés, qu'il est, je crois, préférable d'opérer dans la région inguinale droite. D'ailleurs, je voudrais que le précepte fût posé d'une manière plus générale, et qu'on dît, par exemple, que l'anus artificiel doit être placé sur le côlon descendant et le plus bas possible. Maintenant resterait à déterminer par quels signes certains on pourrait parvenir à s'assurer au préalable de la position exacte du côlon descendant.

Quant à l'opération de l'anus artificiel chez l'adulte, c'est une question tout à fait à part. Seulement je ferai observer qu'elle est rarement d'une utilité parfaitement démontrée. En effet, les obstructions intestinales pour lesquelles on la pratique viennent de deux causes principales ou d'un simple arrêt des matières stercorales, qui finit par disparaître spontanément, et pour lequel l'intervention chirurgicale est superflue, ou d'une lésion organique grave, d'une affection cancéreuse, par exemple, qui tuera tôt ou tard le malade, ou l'exposera sans cesse à de nouveaux accidents : ici encore l'opération est inutile. Cependant je conviens qu'il y a lieu quelquefois d'opérer ; dans ce cas, je suis peu partisan de la méthode de Callisen, et j'adopte volontiers le conseil de M. Robert, qui veut qu'on pratique l'opération de Littre à droite pour aller à la recherche du cæcum. D'ailleurs, le procédé n'est pas nouveau ; je l'ai indiqué depuis longtemps dans ma *Médecine opératoire*.

—M. Huguier insiste sur les avantages qu'il y a dans tous les cas, surtout chez le fœtus, à pratiquer l'opération de Littre dans la région iliaque droite. Indépendamment des raisons qu'il a déjà données, il croit devoir ajouter, sous toute réserve pourtant, que si l'opération est faite à droite, les sujets sont moins exposés à la procidence de la muqueuse intestinale, à cause du retrait qu'éprouve l'S iliaque du côlon à mesure que l'enfant grandit.

— M. Laugier : La discussion me semble porter sur des points tout à fait différents, et qu'il est cependant nécessaire, à mon avis, de ne point confondre ; je veux parler de l'entérotomie chez les enfants nouveau-nés et chez l'adulte. L'opération se pratique dans des cas si différents, pour des lésions si dissemblables chez les uns et chez les autres, que les indications ne sont aucunement les mêmes, et qu'on ne saurait, sans une confusion regrettable, donner les mêmes préceptes pour les deux cas. Je laisserai donc de côté l'entérotomie qui se pratique chez les adultes, et, revenant à l'objet unique du rapport de M. Robert, qui a été le point de départ de cette discussion, je dirai que depuis longtemps j'ai démontré combien il était difficile d'atteindre le côlon descendant par la méthode de Callisen, et si dès lors j'avais de bonnes raisons pour préférer la méthode de Littre, à plus forte raison mes préférences sont-elles justifiées aujourd'hui, depuis que M. Rochard nous a communiqué des faits qui militent si bien en faveur de cette méthode.

Quant aux modifications proposées par M. Huguier, elles sont ingénieuses ; mais elles me semblent appartenir encore à la chirurgie improvisée ; il leur manque la sanction de l'expérience pour pouvoir passer dans le domaine de la chirurgie courante.

— M. Huguier : J'ai dit et je répète que l'espèce d'opération mixte que j'ai proposée plus haut, et qui consiste à faire un anus dans sa position normale après avoir ouvert l'intestin par la région iliaque droite, ne doit être tentée que lorsque l'oblitération du rectum ne remonte pas au delà de 2 à

2 centimètres 1/2. Dans les autres cas, je suis d'avis qu'on ait recours à la méthode de Littre pure et simple, mais j'y insiste une dernière fois, en pratiquant de préférence l'opération à droite.

—

RAPPORTS.

Mémoire sur le cyanure double de potassium et de cuivre, et sur un procédé nouveau pour le dosage de l'acide cyanhydrique dans les liquides qui en renferment, par M. Buignet. — (*Rapport* de MM. Poggiale, Chatin et F. Boudet, *rapporteur.*)

Si la chimie élève et agrandit son domaine en arrachant à la nature de nouveaux secrets, elle réalise des progrès non moins utiles en s'attachant à multiplier les applications de ses découvertes et à vulgariser ses procédés d'investigation.

Ce n'est pas assez pour elle de pénétrer chaque jour davantage, par l'analyse, dans la connaissance de la nature des corps, de leurs propriétés et des éléments dont ils sont formés, et d'accroître sans cesse leur nombre et leurs usages, il faut encore qu'elle fournisse des moyens simples, rapides et sûrs de les distinguer entre eux et de les doser exactement. C'est à cette condition d'être simple, rapide et sûre que l'analyse chimique peut devenir un instrument pratique et usuel, et rendre à l'industrie et aux sciences qui doivent s'éclairer de ses lumières tous les services qu'elles ont droit d'en attendre.

Aujourd'hui que tout marche avec une vitesse si accélérée, et que la valeur du temps s'accroît par une progression si rapide, l'analyse devait s'affranchir de ces procédés lents et compliqués qui l'ont trop longtemps confinée dans les laboratoires des savants, et prendre une allure plus vive et plus en harmonie avec l'esprit et les besoins de notre époque; la méthode par les volumes créée par Descroizilles, développée et perfectionnée par Gay-Lussac, propagée par les chimistes contemporains, peut seule lui donner le moyen de répondre

aux exigences si impérieuses et si multipliées de la vie moderne.

Aussi cette méthode a pris, depuis quelques années surtout, un remarquable essor, et si l'industrie en a largement profité, les sciences médicales ont aussi recueilli leur part de ses bienfaits. C'est grâce à elle que le dosage du sucre dans l'urine des diabétiques, dans le foie, dans le sang, celui de l'urée dans l'urine, est devenu facile et a fourni de précieux enseignements aux physiologistes et aux médecins.

L'emploi de cette méthode s'est également introduit dans le domaine de l'hygiène et de la pharmacie; en quelques minutes, aujourd'hui, on peut déterminer la proportion du sucre et du beurre dans le lait, celle du soufre et de l'acide carbonique libre dans les eaux minérales, celle de l'ammoniaque et des sels de chaux et de magnésie dans les eaux potables, et les liqueurs titrées ont été appliquées avec succès au dosage des alcalis organiques.

M. Buignet vient de faire une nouvelle application de cette méthode à l'un de nos médicaments les plus énergiques, aux cyanures alcalins et à l'acide cyanhydrique dans les divers produits qui en contiennent, tels que l'acide cyanhydrique médicinal, les eaux de laurier-cerise et d'amande amère.

Tel est le sujet du mémoire que cet honorable pharmacien, déjà connu de l'Académie par d'intéressantes communications, a soumis à son jugement, et que MM. Poggiale, Chatin et moi nous avons été chargés d'examiner.

On sait depuis longtemps que le bicyanure de cuivre peut se dissoudre dans le cyanure de potassium; mais on avait admis jusqu'ici, d'après les expériences de Gmelin, qu'il se transformait alors en monocyanure en perdant la moitié de son cyanogène, qui se trouvait mis en liberté ou décomposé. C'est ainsi que les choses se passent, en effet, lorsque l'on verse une dissolution de cyanure de potassium dans une dissolution de sulfate de cuivre; il se dégage du cyanogène, et le sel double qui se forme renferme le cuivre à l'état de monocyanure. Mais si au lieu de verser le cyanure dans la dissolu-

tion de sulfate de cuivre on verse au contraire le sulfate de cuivre dans la dissolution de cyanure, on observe des phénomènes tout différents, dont l'étude attentive a donné à M. Buignet l'idée de sa méthode de dosage.

M. Buignet a constaté, en effet, que si après avoir préparé deux dissolutions, l'une de sulfate de cuivre, l'autre de cyanure de potassium contenant les deux sels dans le rapport de leurs équivalents, on verse peu à peu la première dans la seconde, à l'aide d'une burette graduée, il se forme à chaque affusion un précipité qui se redissout immédiatement par l'agitation, tant que l'on n'a pas employé la moitié de la dissolution cuivreuse; mais qu'à partir du moment où ce terme est dépassé, on voit se former un précipité abondant qui ne disparaît plus par l'agitation.

Or, comme ces phénomènes s'accomplissent sans qu'il se dégage aucun gaz, même lorsqu'on opère dans le vide, il est évident que dans la première phase de l'opération la réaction s'établit entre un équivalent du cyanure alcalin et un demi-équivalent de sulfate de cuivre, ou mieux entre deux équivalents du premier et un équivalent du second, et que la combinaison produite est formée de bicyanure de cuivre et de cyanure de potassium, comme l'indique l'équation suivante :

$$2\,KCy + CuOSO^3 = KOSO^3 + CuCy,KCy.$$

Que si, au lieu de s'arrêter au moment où la dissolution de cyanure commence à être troublée d'une manière permanente par le sulfate de cuivre, on continue les affusions de ce sel, il se forme un précipité très abondant de bicyanure de cuivre qui représente tout le métal du sulfate employé dans les deux opérations successives.

Il est à remarquer, toutefois, que lorsqu'on verse graduellement du sulfate de cuivre dans une dissolution de cyanure de potassium, la liqueur ne tarde pas à se colorer avec une intensité qui s'accroît à mesure que l'on ajoute une nouvelle quantité de solution cuivreuse, et passe successivement du jaune clair au jaune orangé, puis au rose, au rouge carmin et au rouge foncé, sans que sa transparence soit en rien troublée. Ces phénomènes de coloration sont éphémères, il est

vrai, et il suffit, pour les faire disparaître, soit d'abandonner quelque temps la liqueur à elle-même, soit de la chauffer, soit d'y ajouter de très petites quantités de potasse ou d'ammoniaque ; mais il était curieux d'en connaître la cause réelle, et M. Buignet nous paraît l'avoir judicieusement observée. Il a constaté, en effet, qu'il suffisait d'ajouter une petite proportion d'acide cyanhydrique à un mélange très étendu et incolore de sulfate de cuivre et de cyanure de potassium pour y développer une couleur rouge d'autant plus foncée que la proportion d'acide ajoutée était plus considérable, et il a conclu de ce fait que la coloration devait être attribuée à une certaine proportion d'acide cyanhydrique mis en liberté par le léger excès d'acide que contient ordinairement le sulfate de cuivre, et à la formation d'un acide cupro-cyanhydrique. Cette explication paraît très plausible et rend bien compte de l'incompatibilité des phénomènes de coloration avec la présence d'un excès d'alcali dans la liqueur.

Quoi qu'il en soit, le bicyanure de cuivre obtenu par le procédé que nous avons décrit tout à l'heure se dissout facilement dans le cyanure de potassium, en donnant une dissolution qui, abandonnée à l'évaporation spontanée dans un lieu chaud et tranquille, fournit de très beaux cristaux rhomboédriques blancs, transparents, composés de bicyanure de cuivre et de cyanure de potassium combinés à équivalents égaux.

Ce sel, que M. Buignet a obtenu et étudié le premier, contient 26 pour 100 de cuivre et offre ce remarquable caractère que le métal s'y trouve dissimulé dans ses propriétés physiques et chimiques, puisque d'une part il est incolore, soit à l'état cristallisé, soit à l'état de dissolution, et que, de l'autre, il est insensible à la plupart des réactifs ordinaires du cuivre. L'ammoniaque elle-même, qui s'emploie avec tant de succès pour déceler les moindres traces de cuivre, peut être ajoutée à une dissolution de cyanure double de cuivre et de potassium sans y produire le moindre changement de couleur, et il suffit de verser dans une dissolution bleu céleste de sulfate de cuivre ammoniacal un excès de cyanure de potassium, ou

même d'acide cyanhydrique, pour la décolorer complétement, tant est grande la tendance du cyanure de cuivre à se combiner avec les cyanures alcalins. Cette observation curieuse a été pour M. Buignet le point de départ du procédé qu'il a imaginé pour le dosage des cyanures alcalins et de l'acide cyanhydrique par la méthode des volumes.

Considérant, en effet, que la présence de l'ammoniaque en excès dans une dissolution de cyanure de potassium ou d'acide cyanhydrique s'oppose à ce qu'aucune coloration rouge se manifeste lorsqu'on y verse du sulfate de cuivre, et que l'affinité de l'ammoniaque pour le cuivre est de beaucoup inférieure à celle du cyanure alcalin, et ne peut s'exercer et produire la couleur bleue qu'autant que cette dernière est complétement satisfaite, il a compris que le jeu de ces affinités offrait un excellent moyen d'analyse quantitative pour les cyanures alcalins et l'acide cyanhydrique, et il a réalisé sa pensée de la manière suivante :

Étant donné, par exemple, soit une dissolution de cyanure, soit une dissolution d'acide cyanhydrique plus ou moins étendue, telle que l'eau de laurier-cerise ou d'amandes amères, vient-on à y verser un excès d'ammoniaque, ces deux liqueurs deviendront également toutes deux une dissolution d'un cyanure alcalin, plus de l'ammoniaque ; que si alors on ajoute peu à peu dans l'une ou l'autre de ces liqueurs une dissolution titrée de sulfate de cuivre, on verra cette dissolution perdre immédiatement sa couleur en tombant dans le liquide alcalin, et ce phénomène se produira jusqu'au moment où une nouvelle affusion de sel cuivrique fera naître une teinte bleu céleste, dont l'intensité s'augmentera proportionnellement au sulfate de cuivre ajouté, et une ligne de démarcation très nette séparera les deux phénomènes inverses de décoloration et de coloration qui se succéderont ainsi. Or, le premier de ces phénomènes étant dû à l'action du cyanure alcalin que l'on veut doser, et le second ne pouvant se manifester qu'autant que cette action est épuisée, il est évident que la proportion de sulfate de cuivre nécessaire pour arriver à l'apparition de la couleur bleu céleste doit donner la mesure exacte de

la proportion de cyanure alcalin ou d'acide cyanhydrique contenu dans la liqueur soumise à l'analyse.

M. Buignet a constaté d'ailleurs par des expériences précises que la présence des huiles volatiles de laurier-cerise et d'amandes amères ne nuisait en rien à la netteté de la réaction, bien que l'ammoniaque leur fît éprouver une modification très réelle.

Rien de plus simple et de plus rapide, d'ailleurs, que la mise en pratique de ce nouveau mode d'analyse.

Il suffit, en effet, d'introduire dans un petit ballon à fond plat 100 centimètres cubes ou 100 grammes du liquide à expérimenter, d'y ajouter 10 grammes d'ammoniaque et d'y verser ensuite, avec une burette divisée en dixièmes de centimètre cube, une dissolution titrée de sulfate de cuivre jusqu'à ce que la couleur bleue se manifeste dans le mélange d'une manière permanente. La dissolution du sel de cuivre étant faite de manière que chaque division de la burette correspond à 1 milligramme d'acide cyanhydrique, dès que l'opération est terminée, on n'a qu'à lire sur la burette le nombre de divisions employées pour connaître immédiatement la proportion en milligrammes de l'acide cyanhydrique contenu dans le liquide soumis à l'expérience.

M. Buignet a fait déjà quelques applications intéressantes de sa méthode. Il a comparé entre elles les eaux de laurier-cerise et d'amandes amères récemment préparées, au point de vue de leurs proportions relatives d'acide cyanhydrique, et il a constaté que la première en contenait trois fois plus que la seconde, bien qu'elle soit moins riche en huile volatile.

Étudiant ensuite l'action réciproque du cyanure de potassium et de l'eau de laurier-cerise qui lui est souvent associée comme véhicule dans l'usage médical, il a reconnu que la dissolution se troublait bientôt en laissant déposer de la benzoïne, et que le cyanogène s'y décomposait graduellement et se transformait en ammoniaque.

Enfin, il a examiné comparativement les modifications qui se produisent avec le temps dans une dissolution de cyanure de potassium, dans l'eau distillée et dans une dissolution

équivalente du même sel dans l'eau de laurier-cerise. Il a constaté que si dans la première le cyanure disparaissait peu à peu en donnant naissance à une quantité proportionnelle d'ammoniaque, dans la seconde il se formait un précipité jaune et abondant de benzoïne, et que la transformation du cyanogène en ammoniaque était beaucoup plus rapide.

On voit, par ces exemples, les ressources que la méthode de M. Buignet met à la disposition des pharmaciens pour apprécier en toute circonstance la valeur réelle des médicaments qui contiennent de l'acide cyanhydrique libre ou des cyanures alcalins, et les modifications qu'ils peuvent éprouver. C'est là un mérite d'autant plus précieux qu'il s'agit d'un agent très énergique, et dont les doses doivent toujours être rigoureusement calculées. Cette méthode est, d'ailleurs, d'une exactitude remarquable; elle a été mise à l'épreuve sous les yeux de la commission, et les résultats qu'elle a fournis ont pleinement confirmé les faits annoncés par son auteur.

Avant les recherches de M. Buignet on connaissait, il est vrai, deux procédés pour le dosage de l'acide cyanhydrique et des cyanures par les liqueurs titrées : l'un, qui est dû à M. Liebig, donne la mesure du cyanogène par la proportion d'azotate d'argent titré qu'il faut employer avant d'obtenir un trouble permanent dans la liqueur soumise à l'expérience; le second, qui appartient à MM. Fordos et Gélis, est fondé sur la décoloration de la teinture d'iode par le cyanure de potassium. Ces deux procédés sont très précieux assurément, mais celui de M. Buignet a sur le premier l'avantage d'être basé sur un phénomène de coloration instantanée qui est plus facile à constater que celui de la précipitation, et il est plus simple dans son exécution et plus usuel que le second. Il y a lieu de considérer, d'ailleurs, que la méthode de dosage proposée par M. Buignet n'est pas le seul résultat important de son travail, qu'il a étudié avec une grande sagacité les réactions des cyanures alcalins sur les sels de bioxyde de cuivre solubles, et enrichi la science d'un sel nouveau, le cyanure double de

potassium et de cuivre, dont il a décrit les caractères remarquables.

En conséquence la commission, dont je suis l'organe, a l'honneur de proposer à l'Académie de remercier M. Buignet de son intéressante communication et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Précis théorique et pratique de l'art des accouchements, par M. le professeur Scanzoni, traduit de l'allemand, par M. le docteur Paul Picard.

Le camp de Châlons en 1858, au point de vue hygiénique et médical, hygiène des camps en général, par M. le docteur Morin, médecin aide-major au 26e régiment de ligne.

Deuxième mémoire sur les végétaux des familles méliacées et cédrélacées. — Du carapa Touloucouna, etc., etc., par M. Eug. Caventou.

Des tumeurs emphysémateuses du crâne, par M. le docteur Costes.

Des bienfaiteurs de l'École de médecine de Montpellier, discours prononcé à la séance solennelle de rentrée des Facultés, le 15 novembre 1858, par M. le professeur Bouisson.

The atlantis, a register of litterature and science, n° 3.

Transactions of the pathological Society of London.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, tome IV de la deuxième série, année 1857 (présenté par M. Robin).

Journal de la physiologie de l'homme et des animaux, publié sous la direction du docteur E. Brown-Séquard, t. I, nos 1 à 4, année 1858 (présenté par M. Depaul).

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1857-1858, t. VIII.

Leçon sur les appareils à fracture et à compression, par M. le docteur J. Roux, chirurgien en chef de la marine, à Toulon.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, no 8.

L'Abeille médicale d'Athènes.

Archives générales de médecine. Six numéros.

Répertoire de pharmacie. Janvier.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques. Janvier.

Le Progrès, n. 4.

L'Abeille médicale, n. 5.

La France médicale et pharmaceutique, n. 5.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 4.

Gazette médicale de Paris, n. 5.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 1.

Revue étrangère médico-chirurgicale, n. 55.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 11 à 13.

L'Union médicale, n. 11 à 13.

Gazette des hôpitaux, n. 11 à 13.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 4.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur transmet à l'Académie la photographie d'un enfant venu au monde à Postrein (Finistère) avec un œil seulement. (*Renvoi* à l'examen de M. Depaul.)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport négatif de M. le docteur Ourgaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pamiers pour l'année 1857. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Gers et du Rhône. (*Commission des épidémies.*)

II. La recette et l'échantillon d'un sirop dit *cinnamique*. — La recette et l'échantillon d'une pommade contre la teigne. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Seine pendant l'année 1857. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Kraus, rédacteur en chef du journal *la Clinique européenne*, adresse à l'Académie les numéros parus de ce journal. (Voy. la Correspondance imprimée.)

II. M. le docteur Lantenois prie l'Académie de vouloir bien faire expérimenter par ses correspondants habitant des contrées palustres, le nouveau fébrifuge qu'il lui a soumis, et qu'il désigne sous le nom d'*aurantium*.

III. M. le docteur Barailler (de Lyon) prie l'Académie de vouloir bien porter son nom sur la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi à la Commission*)

IV. M. le docteur Pons adresse à l'Académie une note sur le choléra et quelques aperçus sur son traitement.

V. M. Chapelle (d'Angoulême) prie l'Académie de vouloir bien retirer du concours le mémoire ayant pour épigraphe : *Le succès des médicaments tient surtout à leur mode d'emploi*, qu'il avait envoyé prématurément. (Il sera fait droit à cette demande.)

VI. M. le docteur Collongues adresse à la compagnie le résultat de ses recherches sur la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale. (*Commission nommée :* MM. Guérard, Beau et Barth.)

—

LECTURES.

M. le docteur Deville donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches statistiques sur l'action du seigle ergoté dans la parturition.* (*Commissaires :* MM. Paul Dubois, Depaul et Danyau.)

—

RAPPORTS.

Rapport de la Commission des eaux minérales sur les eaux d'Hamman-Mélouan. (M. Chevallier, rapporteur.)

Messieurs, vous avez renvoyé à la commission des eaux minérales la lettre qui vous a été transmise par le prince Napoléon, chargé du ministère de l'Algérie et des colonies, lettre par laquelle il vous fait connaître qu'au lieu dit Hamman-Mélouan, à 10 kilomètres de Rovigo, département d'Alger, il existe des sources d'eaux minérales thermales, dont les propriétés curatives sont généralement reconnues, comme jouissant de propriétés thérapeutiques, mais que malheureusement

la localité où elles sont situées est insalubre, de telle sorte que l'administration ne verrait d'autres moyens d'utiliser ces eaux pour la création d'un établissement thermal qu'en les dirigeant sur un autre point, situé à 7 kilomètres de distance du lieu où elles sortent du sein de la terre.

Mais, avant de rien décider à cet égard, M. le ministre désire être éclairé aussi complétement que possible sur la question de savoir s'il ne serait pas à craindre que les eaux de Hamman-Mélouan ne perdissent en partie, dans leur parcours, leurs propriétés curatives, et pour arriver à ce but, il a demandé votre avis.

La lettre de M. le ministre est accompagnée à titre de renseignements :

1° De la délibération prise par le conseil du gouvernement sur cette affaire.

2° Du rapport de l'ingénieur ordinaire des ponts et chaussées chargé de préparer le travail relatif à la conduite des eaux.

La lecture de ces pièces nous a fait voir :

1° Que les eaux d'Hamman-Mélouan sont des eaux salines.

2° Que ces eaux ont une température de 41 degrés.

3° Que l'on a proposé de les diriger près de Rovigo, en se servant d'une conduite qu'on pourrait établir en *ciment de Grenoble*, conduite qui pourrait amener près de Rovigo 3,376 litres d'eau par vingt-quatre heures, conduite qu'on se propose d'entourer de charbon.

MM. les membres de la commission du gouvernement établissent que le fait est possible et ils disent :

1° Que la source principale des Eaux-Bonnes est à 3 kilomètres de l'établissement;

2° Que les sources de Saint-Honoré sont à plus de 4 kilomètres;

3° Que celles de Saint-Laurent sont à plus de 4 kilomètres; mais il y a erreur dans l'appréciation de ces faits. C'est à tort qu'on a dit :

1° Que les Eaux-Bonnes étaient à 3 kilomètres; trois sont dans l'établissement : *la Vieille-Source, la Source d'en bas,*

la Source-Nouvelle, et à quelque distance *la Froide;* enfin *l'Ortech*, qui est presque abandonnée ;

2° Que les eaux de Saint-Honoré étaient à plus de 4 kilomètres, puisqu'elles sont près de l'établissement ;

3° Que celles de Saint-Laurent sont éloignées de 4 kilomètres, tandis qu'elles sont au milieu du village ; d'ailleurs, on sait que ces eaux sont à la température de 53°,5.

M. l'ingénieur fait connaître le prix d'estimation de cette conduite, qui pourrait coûter 130,000 francs, non compris la galerie ; mais nous n'avons pas à nous occuper de cette appréciation.

L'examen de la question posée par M. le ministre portait sur les précautions à prendre pour que les eaux d'Hamman-Mélouan ne perdissent pas de leur température non plus que de leurs propriétés, nous nous sommes demandés :

Quels seraient les matériaux qui devraient être employés pour établir la conduite qui devra amener les eaux minérales d'Hamman-Mélouan du lieu où elles surgissent, près du village de Rovigo, à 7 kilomètres environ de distance, en tenant compte des conditions suivantes :

1° Éviter le plus possible la déperdition du calorique de ces eaux ;

2° Ne pas réagir sur les principes minéralisateurs contenus dans ces liquides, et ne pas en changer la nature.

Après avoir examiné et discuté la question,

La commission a été d'avis que l'on pourrait arriver aux conditions établies plus haut en faisant usage, pour la construction de la conduite, de tuyaux de bois perforant des billes, les assemblant et enduisant les bois à leur partie externe d'une couche de bitume.

La commission s'est basée pour faire le choix des bois :

1° Sur ce que ce corps est mauvais conducteur du calorique ;

2° Sur ce qu'il ne peut céder à l'eau que de petites quantités de substances étrangères, et cela pendant quelques jours seulement, de telle sorte que ces eaux ne perdraient qu'une partie

de leur température et n'éprouveraient pas de modifications sensibles dans leur composition.

La commission a ensuite examiné ce qui devrait arriver si l'on faisait usage d'une conduite en *ciment de Grenoble*.

Si nous sommes bien renseignés, ce ciment serait fait avec une pouzzolane contenant 28,50 de sable, 3,44 de carbonate de chaux, 11,06 de chaux et de magnésie, 6,25 de fer, 50,90 de silicate d'albumine, enfin 3,50 d'eau hygrométrique.

Il est démontré que des eaux salines contenant plus de 30 grammes de sels, et notamment 26 grammes de chlorure de sodium par litre (1), qui seraient en contact avec une conduite préparée avec une semblable composition, éprouveraient des modifications dans leur composition pendant le parcours, et cela est démontré, puisque l'on sait que les eaux sont minéralisées, parce qu'elles dissolvent une partie des substances qui se trouvent dans les sols qu'elles traversent où dans lesquels elles séjournent.

En faisant usage du bois, on n'a pas à craindre d'altération ni de modification semblables dans les eaux qui subissent son contact.

Déjà l'un des membres de la commission a constaté, il y a trente ans, qu'à Chaudes-Aigues (Cantal) on a tiré un excellent parti des tuyaux de bois pour la conduite des eaux de cette ville, qui ont une température de 81 degrés centigrades.

La commission n'a cependant pas voulu se prononcer sans avoir consulté un homme habile, M. François, qui réunit aux connaissances théoriques les connaissances pratiques, et dont

(1) L'analyse de l'eau d'Hamman-Melouan a démontré qu'elle contenait par litre :

Silice	0,01500
Oxyde de fer	0,02000
Carbonate de chaux	0,10000
Carbonate de magnésie	0,07560
Sulfate de chaux	2,82620
Chlorure de magnésie	0,32620
Chlorure de sodium	26,50000

l'opinion, pour ce qui se rattache aux eaux minérales, fait loi.

Voici ce que ce savant répondait aux questions que nous lui avions adressées :

Sur la question relative à l'emploi du bois :

Les conduites en bois résineux (pins et sapins de bonne qualité) peuvent être employées avec succès lorsqu'on veut conserver à l'eau sa température.

Une conduite en pièces de sapin, forées et réunies bout à bout, qui fonctionnait à Cauterets en 1840, et qui descendait en vingt-quatre heures 88,500 litres d'eau, la recevait à 45°,80, la rendait, après un trajet de 223 mètres, à 44°,35, la température étant de moins de 11 degrés.

La conduite était montée en plein air sur chevalets ; la température extérieure étant de plus de 15 degrés, l'eau arrivait à 45°,30 ; perte, 0°,50 ; pour 1 kilomètre, 2°,25.

Ce savant nous faisait aussi connaître qu'à Amélie-les-Bains il avait établi une conduite pour les thermes militaires ; que cette conduite, de 100 millimètres de diamètre inférieur, composée de pièces de pins équarris, ayant 0°,28 de côté, débitait 512 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures.

La température de cette eau, au point de départ, était de 62°,25. Après avoir parcouru 376 mètres, elle fournissait au point d'arrivée des bains à 61 degrés, 61°,10 ; 61°,40 ; 61°,45 ; d'où il résulte que la perte du calorique a été de 1°,25, plus tard de 1°,15, puis de 0°,85 ; enfin de 0°,80.

Selon M. François, ces différences tiennent à des variations dans la vitesse de l'écoulement, provoquée à dessein, et à l'existence de courants plus ou moins chauds dans les aqueducs, et surtout aux coudes de plomb des conduites.

Dans des parties entièrement en bois sans coudes de plomb, on a eu seulement une perte de 0°,25, de 0°,20 pour 140 mètres ; soit de 1°,40 à 1°,50 de perte par kilomètre parcouru.

Si la perte était par mètre de 1°,50, par kilomètre, l'eau, qui avait 41 degrés, retomberait à 30°,50, ou si elle ne perdait que 1°,40 à 31°,20.

Toujours d'après le savant ingénieur François, la perte de

calorique serait plus grande si l'on employait le plomb, puis elle deviendrait moindre avec la pierre de taille, la poterie, le ciment de Vassy.

Mais l'eau peut s'altérer en suivant une conduite de poterie ; elle peut, selon nous, s'altérer davantage en parcourant une conduite de ciment.

M. François nous faisait aussi connaître qu'on pourrait faire des conduites de papier-bitume Jaloureau ; mais ce bitume, dans ce cas, serait-il attaqué ? Il dit qu'on pourrait enduire ce bitume à l'intérieur de ciment de Vassy ; mais il est à craindre que l'eau ne réagisse sur le ciment de Vassy, comme sur les autres ciments calcaires.

On voit, par ce qui vient d'être dit, que l'eau d'Hammam-Mélouan pourrait être amenée à Rovigo par une conduite de bois qui ne réagirait pas sur cette eau ; mais il y aurait là une perte de calorique qui ferait que cette eau n'aurait plus la température nécessaire pour qu'on puisse administrer des bains chauds ayant une température de 32 à 35 degrés en moyenne.

Il serait donc utile avant toute chose de rechercher :

1° Si l'on ne pourrait pas, en dépensant les sommes qu'exigerait la conduite des eaux, assainir la localité et la rendre convenable pour un établissement thermal ;

2° Si, dans le cas de non-possibilité d'assainissement, l'eau d'Hammam-Mélouan ne pourrait pas être dirigée à une distance moins grande du lieu où elle sort du sein de la terre, afin qu'elle puisse conserver la température nécessaire à son administration.

Il faudrait aussi faire prendre exactement le degré de cette eau et s'assurer si le degré indiqué est 41 ou bien 39 et 40, comme M. Tripier l'a indiqué. Telles sont les réponses que la commission peut faire aux questions posées par le prince-ministre du département d'Alger.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

II. *De l'état nerveux dans sa forme aiguë et chronique*, par M. le docteur Bouchut. (*Comm. :* MM. Baillarger, Jolly et Gibert, *rapporteur*.)

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, les maladies nerveuses restèrent disséminées sans ordre dans les livres classiques, partagées entre les maladies aiguës, les maladies chroniques, les maladies des femmes, etc. La *Nosologie* de Sauvages, les écrits spéciaux de Lorry et de Tissot, les *Éléments* de Cullen préparèrent la réforme fondamentale opérée par le célèbre Pinel, cette dernière gloire de l'école de Paris, restée debout après tant d'orages ! Pinel fonda la classe des *névroses*, et s'efforça de la distinguer par des caractères précis de la classe des phlegmasies et de celle des lésions organiques, avec lesquelles elle avait été plus d'une fois confondue. Mais tandis que, parmi les médecins, les uns attribuent les névroses à une lésion *vitale* (ou sans matière appréciable) du système nerveux, les autres veulent toujours y constater, ou, au besoin, y supposer une lésion locale moléculaire, qui appelle aussi, le plus souvent, l'emploi de médications topiques fort analogues à celles que l'on applique aux phlegmasies ou aux lésions organiques. Nous voyons aujourd'hui même une dernière application de cette théorie matérielle et localisatrice dans l'influence pathogénique attribuée par quelques écrivains à l'altération du sang désignée sous le nom de *chloro-anémie*, sur les affections nerveuses.

Nous avons pu voir, dans une discussion académique récente sur le *vitalisme* ou *hippocratisme moderne*, combien les défenseurs de l'*organicisme* anatomo-pathologique savaient déployer de ressources de dialectique pour éviter de se prononcer sur les propositions fondamentales formulées par l'école hippocratique. Si bien que, pour ma part, après avoir suivi avec un vif intérêt l'argumentation des divers orateurs qui ont occupé cette tribune, j'en suis encore à me demander si ces propositions sont admises ou rejetées par l'école organicienne de nos jours.

De tout temps a existé, cependant, entre ces deux écoles une opposition, parfaitement retracée dans les deux propositions suivantes, formulées par l'hippocratisme moderne :

1° Les *vitalistes* considèrent les organes sains ou malades comme les instruments de la vie, les maladies comme les réactions ou fonctions anormales de l'organisme, et les altérations organiques comme des effets et des résultats éventuels de ces réactions ou fonctions anormales.

Ils proclament avec le père de la médecine que la nature guérit elle-même ces maladies, et avec Baglivi que le médecin doit être son aide et son interprète.

2° Les *organiciens*, au contraire, cherchent et prétendent découvrir dans les organes, dans leur contexture, dans les molécules dont ils se composent, et dans leurs altérations matérielles, la raison, le *pourquoi* de la vie et de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques par lesquels elle se révèle.

C'est à eux surtout qu'on peut reprocher, avec Pinel, de ne voir trop souvent dans la maladie qu'un tableau mobile, un assemblage incohérent d'affections renaissantes, qu'il faut sans cesse combattre par des remèdes..... au lieu d'y reconnaître, avec les *hippocratistes*, un tout indivisible, un ensemble régulier de symptômes caractéristiques, une succession de périodes avec un but déterminé.

Aussi, et pour ne pas nous écarter de notre sujet, remarquons que, pour la plupart des affections nerveuses, les médecins anatomistes et localisateurs cherchent dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les branches nerveuses (*intercostales* ou autres), une lésion matérielle à combattre par les ressources ordinaires de la thérapeutique....., tandis que les médecins vitalistes, s'entourant de toutes les lumières qui peuvent éclairer la *prognose hippocratique*, s'occupent plus à découvrir la cause et la *nature* du mal que son siége, et y opposent plus souvent encore les influences hygiéniques que les remèdes proprement dits.

C'est ainsi que, dans un mémoire des plus intéressants sur la *surexcitation nerveuse*, qui nous a été adressé, il y a quel-

ques années, par M. le docteur Gillebert d'Hercourt (de Lyon), nous avons vu guérir, sans l'intervention d'aucun médicament, plusieurs affections nerveuses des plus graves, dont quelques-unes avaient été considérées par divers médecins comme des lésions organiques du cerveau ou de la moelle épinière qu'il fallait attaquer par les remèdes locaux ordinaires.

C'est aussi la *surexcitation nerveuse*, sans lésion organique appréciable, que notre honorable confrère, M. le docteur Bouchut (dont le nom a si souvent retenti dans cette Académie), a pris pour sujet d'un travail des plus complets, dont il n'a pu exposer à cette tribune qu'un bien court résumé.

Ce travail, dont le manuscrit ne compte guère moins de 300 pages, est le fruit de plusieurs années d'observation clinique, soit dans nos hôpitaux, soit dans la pratique civile; il a été rédigé tout entier sous l'empire des véritables principes de la médecine hippocratique, et repose sur quarante-trois observations inédites ou empruntées à divers ouvrages et recueils périodiques.

Lorry a désigné sous le nom de *cachexie nerveuse*, Pomme et Lange sous celui de *vapeurs*, Malcolm sous celui de *névropathie*, Cullen sous celui d'*hystéricisme*....., d'autres ont confondu avec l'hystérie, l'hypochondrie ou la mélancolie....., un état nerveux spécial, sans altération appréciable de tissu, qui peut produire des troubles divers de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement et des principales fonctions organiques.

Cet état, que M. Gillebert d'Hercourt désignait sous le nom de *surexcitation nerveuse*, M. Bouchut propose de lui donner le titre de *nervosisme*.

Il n'est pas de praticien, surtout dans nos grandes villes, qui n'ait eu plus d'une fois l'occasion d'observer des sujets tombés dans cet état maladif, dont la forme la plus commune est assurément celle qui se rapproche le plus de ce que les médecins qui nous ont précédés désignaient habituellement sous les noms de *mélancolie* ou d'*hypochondrie*.

Il n'y a que la manière dont paraissent, se développent et se succèdent les phénomènes morbides nombreux et variés

auxquels peut donner lieu la diathèse nerveuse, qui puisse en révéler la véritable nature. Dans un grand nombre de cas, elle se produit sous l'influence des causes débilitantes déjà signalées par Hippocrate, comme pouvant déterminer l'*anxiété nerveuse*, l'*insomnie*, le *délire*, les *troubles de la vue*, les *vertiges*, etc. (*Du régime*, II ; *Des maladies*, liv. I et II.) Cette étiologie est toute en faveur de l'opinion renouvelée de nos jours sur l'influence pathogénique de la *chloro-anémie*, c'est-à-dire d'une altération matérielle du sang, qui se rencontre bien à la vérité chez plusieurs sujets, mais non pas chez tous, et qui d'ailleurs doit plutôt être considérée, lorsqu'elle existe, comme faisant partie du tout morbide que comme la cause organique fondamentale de tous les troubles fonctionnels qui se produisent en pareil cas.

Mais une cause bien plus ordinaire encore de l'état morbide que nous signalons, réside dans les commotions morales devenues si communes dans l'époque agitée et fort peu résignée où se meut notre société moderne.

Par la réunion et la comparaison d'un grand nombre de faits publiés sous les titres divers d'hystérie, d'hypochondrie, de vapeurs, d'aliénation mentale, de gastralgie, de chlorose, d'anémie, de syphilis larvée, etc., empruntés aux écrits de Sydenham, Rob. Whytt, Lorry, Pomme, Tissot, Frank, Louyer-Villermay, Dubois (d'Amiens), Rasori, Barras, Chomel, Prosper Yvaren, etc., M. Bouchut a réussi à composer une synthèse pathologique qui comprend les divers phénomènes que provoque et entretient l'état nerveux, dont l'auteur distingue deux formes principales : la forme aiguë et fébrile, très rare, et la forme chronique et apyrétique, très commune.

Dans les deux formes, on a pu constater, soit pendant la vie, soit après la mort survenue à la suite d'un ou deux mois de maladie, dans le premier cas, et après un temps indéterminé, dans le second, l'absence de lésion matérielle appréciable des organes, ou du moins de lésion capable de rendre compte des phénomènes observés.

Toutefois, avouons que notre auteur admet, contrairement

à l'opinion que nous avons exprimée ci-dessus, que la chloro-anémie est le fait matériel le plus général du nervosisme, soit aigu, soit chronique : et, bien que M. Bouchut paraisse hésiter à donner à cette altération du sang toute l'importance étiologique que nous avons signalée, notre auteur, nous devons le reconnaître, semble se rapprocher beaucoup de l'opinion la plus moderne sur l'appauvrissement du sang, considéré comme lésion principe du nervosisme. Hâtons-nous de remarquer d'ailleurs, avec notre savant et laborieux collègue M. Bouillaud, que cette théorie est à la fois la plus récente et la plus ancienne, puisqu'elle remonte à Hippocrate, et qu'elle semble avoir toujours été admise (au moins implicitement) par les observateurs qui ont signalé unanimement les causes de débilitation générale comme les plus propres à produire les accidents nerveux.

La thérapeutique vient encore confirmer cette explication ; car c'est le plus ordinairement au régime restaurant et fortifiant qu'on a recours dans le traitement du nervosisme.

Mais, ne l'oublions pas, M. Bouchut, dans son mémoire, a eu particulièrement en vue un état nerveux qui nous paraît avoir été très judicieusement dénommé par Lorry, *cachexie nerveuse*, c'est-à-dire un état dans lequel une débilitation profonde s'allie presque toujours aux accidents nerveux. Or, bien que ce soit sous cette forme que le *nervosisme* s'observe le plus habituellement dans la pratique, il ne manque pas non plus d'observations rattachées à l'hystérie, à la mélancolie, à l'hypochondrie..., dans lesquelles les accidents nerveux se montrent joints à des conditions tout opposées, et même parfois à la pléthore sanguine. Aussi MM. Cerise et Gillebert d'Hercourt ont-ils admis une surexcitabilité nerveuse *hypo* et *hypernévrique*, *hypo* et *hypérémique*, et ces distinctions me paraissent fondées sur une saine observation.

En résumé, l'important travail de M. le docteur Bouchut nous paraît de nature à fixer l'attention des médecins sur l'écueil le plus redoutable où puisse échouer le praticien, savoir : le danger de confondre un état purement nerveux

avec des lésions phlegmasiques ou organiques diverses, et de lui appliquer des médications impuissantes ou dangereuses.

Nous pensons avec l'auteur qu'il existe une névrose distincte de l'hystérie, de l'hypochondrie et de la mélancolie, que l'on pourrait désigner sous le nom de *cachexie nerveuse*, et à laquelle se joint souvent la *chloro-anémie*... Mais j'ajoute qu'il ne faut pas omettre non plus comme individualité spéciale, la surexcitation nerveuse sans anémie, et même avec une crase sanguine toute contraire, qui a été signalée avec juste raison par MM. Cerise et Gillebert d'Hercourt.

Le service important rendu à la science et à l'art par M. Bouchut, ne saurait être méconnu ; je lui rends grâce, pour ma part, des efforts qu'il a faits pour réunir tous les traits épars d'un état nerveux si souvent méconnu, soit dans sa nature, soit dans sa généralité, et je ne doute pas que vous n'accueilliez favorablement les conclusions de votre commission, savoir :

1° Déposer honorablement dans les archives de l'Académie le mémoire de M. Bouchut, si riche en observations précieuses et en remarques pratiques du plus haut intérêt ;

2° Adresser, au nom de la Compagnie, une lettre de remercîments à l'auteur, pour cette nouvelle preuve de zèle et de science qu'il a bien voulu nous donner.

— A la suite de ce rapport, M. Trousseau demande s'il ne serait pas possible, en raison de l'importance de la question soulevée et de la discussion à laquelle elle ne peut manquer de donner lieu, de tirer ce rapport en épreuve qu'on mettrait à la disposition des membres de l'Académie.

— Il n'y a pas d'opposition de la part du Bureau.

—

LECTURES.

Recherches microscopiques et expérimentales touchant le mode d'intervention des globules sanguins dans la nutrition de la substance organisée qui est située entre les mailles du réseau des vaisseaux capillaires, par E.-H. DESPORTES.

Il est rare qu'en poursuivant des études et des recherches médicales on ne soit pas ramené plusieurs fois, non sans en éprouver quelque peu d'impatience, devant ces propositions universellement reçues : les globules du sang circulent dans les vaisseaux capillaires; mais on ne sait pas comment ils contribuent à la nutrition; ils ne sortent pas des vaisseaux capillaires, et ce n'est qu'une fois que la circulation les a poussés dans les veines qu'on distingue à leur changement de couleur qu'ils ont pris cependant une part quelconque à la nutrition des parties.

Faut-il s'arrêter à ces opinions et ne pas essayer de connaître un peu plus les choses qu'elles concernent? Mais quel inconvénient y aurait-il à observer de nouveau, et même au besoin de tenter des expériences?

§ I. — *De certains phénomènes observés déjà ou non.* — En se livrant de nouveau à l'observation et en laissant en même temps l'esprit travailler sur ce que le microscope offre à la vue, on voit de suite passer et repasser sous les yeux les mêmes objets à peu près qui ont été décrits autrefois. Seulement, il arrive par moments de faire quelques remarques différentes de peu de valeur peut-être, mais enfin il paraît bientôt prudent de ne pas les négliger et même de tenter de les interpréter.

On se rend familières en même temps, et cela est utile, les conditions d'étendue et d'épaisseur de la partie vivante qui est placée sous le microscope, telles, par exemple, que la membrane natatoire ou interdigitale d'une grenouille; la disposition de superposition des divers plans, pour l'ordinaire au nombre de trois, des longs vaisseaux capillaires et de leurs rameaux anastomotiques toujours très courts, et aussi l'aspect

en général uni de la substance organisée qui est située entre les vaisseaux capillaires des divers plans et de leurs tubes anastomotiques.

L'esprit se figure ainsi de nouveau, et assez bien, quel est le milieu où s'accomplissent les derniers phénomènes matériels de la nutrition. Il en conserve le souvenir, qu'il sait employer à propos.

Puisque le milieu où s'étalent sous le microscope les phénomènes que présente une partie vivante offre quelques vaisseaux capillaires et la substance qui est située entre ces mêmes vaisseaux, il convient de diviser l'observation qu'on en fait en deux parts, comme est divisé naturellement le milieu que l'on veut étudier. Ainsi, on séparera en deux groupes distincts : 1° les phénomènes qui apparaissent dans la substance intervasculaire, et 2° ceux qui sont dus aux vaisseaux capillaires.

1° Sous un grossissement d'environ 300 fois, la substance intervasculaire se montre unie, mais avec des traces indécises d'une organisation première; elle a une certaine épaisseur dans laquelle on découvre, superposés les uns aux autres, deux ou trois plans au moins de vaisseaux capillaires à longs et flexueux trajets, lesquels communiquent entre eux par d'autres vaisseaux capillaires dont le trajet presque droit est très court. La substance intervasculaire a une couleur plus ou moins grise et prend par moments, surtout près des vaisseaux capillaires, une couleur jaune orangé obscur; on dirait que, par moments, elle est envahie par un nuage de cette teinte, lequel se dissipe au bout de quelques instants, et alors reparaît la couleur grise. Cette dernière subsiste assez ordinairement près des vaisseaux capillaires courts, qui établissent des communications entre les plans superposés des grands courants capillaires.

Dans toute son étendue, dans toutes ses dimensions, la substance intervasculaire est presque constamment calme, immobile et nullement mouvementée, et, à cet égard, elle contraste singulièrement avec la vivacité inégale, très variable, des courants capillaires et avec les mouvements sans ordre des

globules qui sont entraînés par ces mêmes courants. On n'a peut-être pas donné assez d'attention à cette tranquillité, à cette immobilité de tous les points de la substance intervasculaire; on dirait que l'esprit de l'homme, trop habitué qu'il est de regarder l'action empressée, l'agitation, comme un indice de facultés, de pouvoir, de prééminence, s'est un peu détourné de la substance intervasculaire pour s'occuper beaucoup des vaisseaux capillaires qui la parcourent; et cependant il est certain que tous les mouvements et l'agitation variable des tubes capillaires et des globules qu'ils renferment ont en grande partie pour destination et pour cause le service qu'ils doivent en tribut à la substance intervasculaire, et que c'est cette dernière surtout qui, par la puissance de ses affinités moléculaires, introduit dans les capillaires et parmi les globules qui y sont contenus l'agitation singulière, inégale, irrégulière, qu'on y observe.

Toutefois, cette immobilité de la substance intervasculaire qui vient d'être énoncée n'est peut-être pas aussi complète qu'on pourrait le croire; peut-être éprouve-t-elle de temps en temps des interruptions. Il semble que des sortes de rides et même de succussions se peuvent produire en elle; mais ces sortes de succussions, qui sont très faibles, encore qu'elles soient réelles, paraissent très rarement : au moins ne nous a-t-il été donné de les apercevoir que de très loin en loin.

Quoi qu'il en soit, la substance intervasculaire devrait être étudiée avec soin, malgré les difficultés qui pourraient se présenter : car n'est-ce pas elle qui constitue en dernière fin la trame fondamentale de l'organisme, et n'est-ce pas elle qui, en dernière fin, recueille tous les matériaux nutritifs si laborieusement fabriqués par de nombreux organes et appareils d'organes?

2° Elle a les liens les plus étroits avec les vaisseaux capillaires qui la parcourent en divers sens. Ceux-ci, autant que la vue peut pénétrer dans l'épaisseur translucide de la substance organisée intervasculo-capillaire, forment pour l'ordinaire, et cela a été dit plus haut, trois plans superposés les uns aux

autres et communiquant entre eux par d'autres vaisseaux capillaires dont le trajet est court et le volume petit. Tous ces vaisseaux, et ceux à long trajet et ceux à court trajet, ont leur tunique assez transparente pour laisser apercevoir dans la cavité cylindrique capillaire les globules qui y circulent avec une rapidité qui varie souvent et beaucoup.

Il ne nous a pas été donné, comme à M. Henle et comme à notre habile collègue M. Robin, de voir aucun de ces globules ou adhérer au dehors, à la surface externe de la tunique du tube capillaire, ou traverser cette même tunique de dedans en dehors. Probablement, malgré notre extrême attention, et néanmoins un peu par notre faute, quelque circonstance nous a empêché de remarquer ce phénomène ou peut-être aussi ne s'est-il pas présenté au temps où nous observions. Nous avions le plus grand désir et aussi un grand espoir de le découvrir, car nous avons une pleine et entière confiance dans le talent d'observation des deux savants dont nous venons de prononcer les noms. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas été témoin du phénomène accidentel qu'ils ont décrit, et nous ne parlons en ce moment que de ce que nous avons vu par nous-même et de ce que nous tenterons plus loin d'interpréter.

Il n'a sans doute échappé à personne que les globules se meuvent dans l'intérieur des vaisseaux capillaires avec une vitesse qui varie souvent et beaucoup, mais probablement il a échappé à plus d'une personne que les globules s'arrêtent par moments pendant un temps qui varie fréquemment. Or, ce phénomène de l'arrêt momentané, et en apparence accidentel des globules, amène d'autres phénomènes qui doivent exciter l'attention.

Le premier qui est dû ainsi à l'arrêt du cours des globules en un point d'un tube capillaire est l'entassement des globules sur ce point, sans que l'on puisse dire à quel nombre se montent alors ces globules. Quand l'entassement ne dure qu'un instant, la circulation des globules peut reprendre son cours sans autre incident. Quand, au contraire, l'entassement a une durée un peu plus longue, il excite un nouveau phénomène qui consiste dans l'élévation en bosselure plus ou moins

saillante de la tunique du vaisseau capillaire en ce point. Ces bosselures, dont le nombre est ordinairement de deux à trois, ont la même durée, bien entendu, que l'arrêt de la circulation globulaire ; mais cet arrêt, pour l'ordinaire, devient un peu plus long quand il a été suivi du développement de bosselures.

L'arrêt des globules et l'apparition de bosselures à la surface de la tunique mince d'un vaisseau capillaire sont deux phénomènes qui coïncident au moins avec un autre phénomène qu'on peut apercevoir, pourvu que l'agitation des globules arrêtés ne soit pas trop grande, phénomène qui consiste en ce que les globules, d'allongés, de droits ou de courbés, et de séparés les uns des autres qu'ils étaient, se modifient dans leur forme plus ou moins, et puis se montrent en quelque sorte accouplés, au moins quelques-uns d'entre eux, par une de leurs extrémités. Ils figurent alors assez bien, mais en petit, un faisceau de deux, ou de trois, ou de cinq doigts, et le point de leur réunion est celui par lequel ils pressent contre la tunique du vaisseau capillaire, en produisant là une bosselure, pas dans tous les cas, mais pour l'ordinaire. Assez souvent, et il faut le noter de suite, un des globules qui composent la sorte de digitation est privé de la couleur des autres et est d'une couleur grise plus ou moins claire.

Il se distingue ainsi, avec quelques autres, dans les mêmes circonstances, lesquels sont également grisâtres, de la foule des globules qui ont en général une couleur rougeâtre ou jaune orangé, mais un peu obscure (dans la membrane interdigitale de la grenouille). Il y a longtemps, au reste, que l'on a parlé de cette coloration rougeâtre ou jaune orangé de la presque totalité des globules, laquelle signale par sa teinte jaune le trajet des vaisseaux capillaires.

Plusieurs remarques doivent être ajoutées à ce sujet, tant pour les globules gris que pour les globules colorés en jaune orangé. D'abord les premiers sont infiniment moins nombreux que les seconds. Ils en ont la forme, pas tout à fait le volume, mais non la couleur. Les globules gris sont assez nombreux dans les vaisseaux capillaires qui ont un trajet court, et borné

à anastomoser entre eux deux vaisseaux capillaires qui ont un long trajet, et qui sont superposés l'un à l'autre. C'est probablement pour cette raison que les capillaires anastomotiques contiennent aussi pour l'ordinaire un liquide plus pâle que les autres capillaires ; et de plus qu'ils sont enveloppés par une substance intervasculaire également décolorée, au moins dans certains moments plus ou moins longs. Les globules gris, et ceux qui sont jaunes, ne sont pas en grand nombre dans les capillaires anastomotiques ; ils en occupent, les uns et les autres, seulement le centre, et y sont en général disposés en une seule file. Aussi ne les voit-on pas, et peut-être jamais, produire de bosselure à la tunique du capillaire. Quant à leur contour, les globules gris ont toujours la forme ovoïde des globules colorés, mais leur pourtour est de plus toujours bien limité par un trait ou liséré noirâtre, médiocrement foncé, et plus large d'un côté que de l'autre.

Les globules gris que l'on découvre dans les capillaires longs et colorés en jaune obscur, y sont toujours en nombre infiniment petit. Les uns viennent des capillaires anastomotiques, et les autres ont probablement perdu leur couleur jaune dans le capillaire même, long et coloré, où on les voit. Les globules gris qui passent d'un capillaire court et anastomotique dans un tube capillaire long et coloré, ne paraissent pas se réunir jamais aux digitations accidentelles de globules jaune orangé, qui, çà et là, par leur arrêt, produisent les bosselures de la tunique du vaisseau capillaire à long trajet. C'est dans les seuls capillaires à long trajet que les globules colorés produisent des bosselures. Lorsque, dans un point bosselé d'un tube capillaire, on découvre un globule gris, ce globule n'est devenu probablement tel qu'en ce lieu ; toutefois on ne pourrait distinguer un globule dans le tube capillaire, au moment où de jaune il devient gris, la matière qui est dans le vaisseau capillaire et qui est en même temps répandue dans la substance intervasculaire cache les globules et ce qui se passe dans le vaisseau même.

Les globules des vaisseaux capillaires à long trajet peuvent circuler et circulent en effet par moments et assez fré-

quemment, non pas seulement un à un, mais plusieurs, deux ou trois, à côté les uns des autres, un peu en désordre, et ayant une forme allongée ou raccourcie, droite ou courbée. Par suite de ce mode de circulation, et de l'inégalité de rapidité de son cours, vive ou lente, arrivent sans doute le ralentissement et puis l'arrêt complet par instant de la circulation dans le cylindre capillaire, ayant pour cause l'entassement sur un point de ce cylindre de plusieurs globules.

Pour l'ordinaire, quand une bosselure de la tunique du capillaire persiste quelques instants, la couleur jaune orangé devient plus marquée et dans la bosselure même et dans les portions voisines du tube capillaire, et encore autour de ce tube dans la portion de la substance intervasculaire qui l'enveloppe, et jusqu'à une certaine distance variable.

La couleur jaune orangé de la substance intervasculaire peut même devenir alors assez prononcée pour ne plus permettre qu'on distingue, ni la bosselure, ni le cylindre du capillaire, et ni encore les vaisseaux capillaires courts et anastomotiques qui sont situés au-dessous du vaisseau capillaire à long trajet dans lequel s'est formée la bosselure.

Après avoir duré quelques instants, la couleur jaune s'affaiblit, se dissipe plus ou moins complétement, laisse voir d'abord, de couleur orangée, la surface unie de la substance organisée intervasculaire, et plus tard sa décoloration en gris ; et en même temps on voit le vaisseau capillaire, maintenant sans bosselure, et à une petite distance les autres capillaires.

§ II. — *Des divers phénomènes et de leur interprétation.* — Tel est, avec toute la concision d'exposition à peu près possible, ce que l'observateur attentif peut découvrir dans la substance organisée intervasculaire, dans les cylindres capillaires qui parcourent celle-ci, et quant aux globules contenus dans ces derniers.

Maintenant, ces faits, assez sûrement constatés, et connus probablement dans plusieurs de leurs détails par divers auteurs, de quelle interprétation ont-ils été l'objet et de quelle interprétation sont-ils plutôt susceptibles ?

Les faits, en passant sous les yeux des micrographes, n'ont fait naître en eux que le désir de dire uniquement et exactement ce qu'ils ont vu, et ils n'y ont attaché aucune opinion, une exceptée peut-être, mais qui ne consiste que dans l'absence d'un fait. Ils ont ainsi reconnu dans les vaisseaux capillaires avec le liquide blanc et les globules qu'ils contiennent, et dans la surface intervasculaire, deux choses, à savoir : dans les premiers, des agents de nutrition, et dans la seconde (la substance organisée intervasculaire), une partie vivante à nourrir, Sans doute, ils ont dit que le liquide blanc nourricier traverse, par exosmose, la tunique simple et homogène des vaisseaux capillaires, et pénètre et humecte la substance qui est située entre les vaisseaux capillaires et autour d'eux ; et que là interviennent les effets de la puissance de certaines affinités ; mais quant aux globules, leur opinion est qu'ils ne traversent pas les parois des tubes capillaires, qu'ils n'ont jamais été vus dans la substance intervasculaire, qu'ils ne cessent pas de circuler dans les vaisseaux où on les découvre toujours, et que la grande part qu'ils ont dans la nutrition ne peut être appréciée un peu que lorsqu'ils ont passé des vaisseaux capillaires dans les veinules, parce que alors ils sont d'un rouge foncé noirâtre.

Tout curieux de la nature et de la science médicale qui s'en est tenu à l'observation ordinaire, et qui n'a pas eu la pensée de faire naître de nouveaux faits pour enrichir par ses yeux son esprit de nouvelles idées, a dû se résigner à ne rien changer aux décisions ci-dessus exposées. Mais quand on n'a pu se soumettre à croire vrai ce mode si éloigné d'intervention efficace qui a été attribué, comme il vient d'être dit, au globule dans la nutrition, on a dû chercher dès lors dans les observations anatomiques qui ont été recueillies sur la présence et la circulation des globules dans les vaisseaux capillaires, et sur quelques-uns de leurs rapports accidentels avec la tunique de ces derniers, s'il n'y aurait pas quelques-unes de ces observations qui puissent mener à d'autres idées plus positives. Il semble qu'il en est ainsi des observations des deux médecins dont il a été précédemment question. C'est

d'abord le très habile docteur Henle, qui a vu et représenté dans les planches de son ouvrage d'anatomie générale les différents rapports dans lesquels peuvent être placés les globules à l'égard de la paroi ou de la tunique d'un vaisseau capillaire; ils ne circulent pas seulement dans le tube capillaire, mais il y en a quelques-uns, en nombre très minime, qui sont, par exemple, l'un engagé dans l'épaisseur de la tunique du vaisseau capillaire, et l'autre étendu et arrêté sur la face externe de la même tunique, et par conséquent situé hors du vaisseau dans la substance intervasculaire même.

Une observation de ce genre a été faite ensuite par un médecin dont notre Académie a fait récemment un collègue, décidée précisément dans son choix par des travaux d'anatomie. Ce médecin, M. Robin, dont les bons ouvrages vous sont familiers, a aussi aperçu des globules qui avaient cette situation, qu'ayant traversé la tunique d'un vaisseau capillaire, une de leurs extrémités était plongée dans la cavité du vaisseau, et l'autre extrémité faisait pointe dans la substance intervasculaire.

Toutefois, ni M. Henle, ni M. Robin ne paraissent avoir annoncé rien de plus dans cette sortie complète ou partielle des globules hors des vaisseaux capillaires que le phénomène même de cette sortie.

L'exactitude de ces deux observateurs étant certaine, il devait venir naturellement à la pensée de reprendre leur travail là où ils l'ont amené. Dans cette disposition d'esprit, il ne restait qu'à saisir le microscope. Peut-être n'avons nous pas assez longtemps persévéré dans ces recherches, mais enfin, toujours est-il qu'il ne nous a pas été donné cette fois-ci de découvrir le passage des globules hors de leur vaisseau capillaire.

Ce passage ne serait-il donc qu'un accident qui se montre de loin en loin, et peut-être seulement chez des animaux sujets ordinaires d'expérimentation ?

Quoi qu'il en soit, l'insuccès au début de notre travail sur cette question ne pouvait nous arrêter. Il n'était pas besoin absolument que des observations sur des phénomènes peut-

être accidentels se présentassent une fois encore. Et d'ailleurs ce qu'il fallait désirer c'étaient de ces sortes de faits qui s'offrent couramment, à de courts intervalles de temps, et que l'on peut voir, examiner sans trop de peine, et ainsi sans trop de chances d'erreur.

Déjà, en considérant avec attention des faits tels que ceux-ci, savoir : l'arrêt des globules dans les vaisseaux capillaires, leur entassement se reproduisant souvent en différents points des mêmes vaisseaux, les bosselures qu'ils font saillir sur les parois molles et homogènes des cylindres capillaires, et enfin la couleur jaune orangé, qui devient, dans ces instants, plus prononcée aux environs des bosselures et dans la substance intervasculaire qui les entoure, est-ce que l'on n'était pas préparé à entrevoir ce que devait être la vérité, et à concevoir la pensée de mettre à découvert, par une opération non encore imaginée ni tentée, ce qui se passe sous cette couleur jaune orangé, et ce que cette couleur dérobe ainsi aux regards? On peut présumer que dans ce moment les globules accomplissent une action; ne donneraient-ils pas alors quelque chose, leur contenu, plus ou moins, à la substance intervasculaire qui doit être nourrie? Puisqu'on les a vus sortir en petit nombre, probablement par accident, des vaisseaux capillaires, et entrer dans la substance intervasculaire, est-ce qu'il n'y aurait pas quelques connaissances à acquérir si, dans un instant propice, on en faisait artificiellement répandre plusieurs à la fois dans cette même substance intervasculaire? Sans doute, la valeur d'une pareille tentative pourrait être à l'avance obscurcie par plus d'une objection; mais peut-être aussi que, dans les phénomènes eux-mêmes qui paraîtront alors, se trouveront les éléments d'une réponse à ces objections.

On a donc saisi l'instant où la circulation capillaire est telle (et cela se répète très souvent) que la surface des vaisseaux est bosselée en plusieurs points par une accumulation de plusieurs globules; qu'en même temps, dans cet endroit, le vaisseau capillaire est d'un jaune orangé, et comme enveloppé, jusqu'à une certaine distance de sa paroi, de cette

teinte orangée, laquelle s'étend également plus ou moins loin dans la substance organisée intervasculaire. Alors on a pratiqué avec un instrument tranchant une ouverture au même vaisseau capillaire.

Il en est sorti aussitôt un certain nombre de globules qui sont entrés dans la substance intervasculaire, et qui se sont tenus réunis en tas près et autour de la blessure du vaisseau, laquelle est cachée par eux, quoique indiquée et prouvée par leur présence.

Avant d'exposer les assez nombreuses remarques qui naissent dans l'esprit à la vue des phénomènes qu'amène cette blessure ou ouverture d'un vaisseau capillaire, il est juste de dire qu'elle a été faite par M. Robin, auquel je dois encore, pour cela, adresser sans cesse et beaucoup de remercîments.

Maintenant la première remarque qui, ce semble, doit venir, est que l'opération ayant nécessité, pour être pratiquée, un certain dérangement dans le microscope, et excité quelques mouvements chez l'animal, il a fallu plusieurs minutes pour remettre toutes choses en place. Ainsi il n'a été possible d'observer les effets de l'ouverture du vaisseau qu'après la sortie entièrement effectuée des globules dans la substance organisée intervasculaire.

Aussi ce que l'on a aperçu d'abord a été les globules réunis en tas, au nombre de 18 à 20, couverts de la même couleur jaune orangé que le tube capillaire, mais dans une étendue plus grande et égale à la surface occupée par le petit tas de globules. Il est visible que les globules eux-mêmes sont colorés en jaune orangé, et qu'ils recouvrent en la cachant la substance intervasculaire : ainsi la couleur jaune orangé leur appartient bien, et non à la substance intervasculaire environnante, qui est purement grise.

Ces globules, sortis artificiellement du vaisseau capillaire, ne tardent pas à grossir du tiers ou presque du double de ce qu'ils étaient d'abord; et sans qu'on puisse dire comment cela s'opère, chaque globule, tout en conservant sa forme ovalaire, offre dans le sens de sa longueur une ligne médiane noire, plus épaisse à sa partie moyenne qu'à ses deux extré-

mités, qui se terminent en pointe. Cette ligne médiane noire n'atteint pas la circonférence de l'ovule représenté par chaque globule, et elle donne l'idée d'une ouverture en forme de hile qui serait là. Le pourtour de chaque globule est tracé par un liséré noir, de beaucoup plus étroit que la ligne noire centrale.

Au bout de peu de temps, les globules situés à la circonférence du tas, et ce sont probablement les premiers qui sont sortis par l'ouverture artificielle du vaisseau capillaire, perdent peu à peu et à la fin tout à fait leur couleur jaune orangé; et leur disque à chacun, avec les lignes noires (liséré et hile central) qu'ils offraient, prend une teinte grise assez uniforme, qui va se rapprochant de plus en plus de la teinte qui est propre à la substance intervasculaire. Ce changement de couleur est bientôt suivi d'un changement dans la forme du globule, son disque perd tout relief et s'aplatit. Enfin on dirait, au bout d'une heure, que si l'on poursuivait encore l'expérience chaque globule, devenu d'un gris clair, se confondrait apparemment avec la substance intervasculaire organisée.

Ce qui vient d'être rapporté sur les globules les plus éloignés de l'ouverture artificielle du vaisseau capillaire, et ainsi placés sur les limites du tas dont ils font partie, est entièrement applicable aux autres globules; seulement ceux-ci, étant sortis plus tard du vaisseau capillaire, conservent plus longtemps leur teinte jaunâtre; et au-dessus et autour d'eux subsiste plus de temps cette sorte de vapeur jaunâtre qui appartient, 1° peut-être au liquide renfermé avec les globules dans le tube capillaire, mais 2° certainement aux globules eux-mêmes.

Le liquide, en effet, qui est renfermé avec les globules dans les vaisseaux capillaires est le liquide blanc du sang, le plasma; et il ne peut paraître ou devenir réellement jaune orangé que: 1° par son mélange simple avec les globules, qui sont très nombreux, et qui ont tous, à très peu d'exceptions près, la même couleur jaune; ou 2° par la cession que lui

font par instant les globules d'une portion de leur contenu, lequel est également coloré en jaune.

En reportant actuellement son attention sur les phénomènes dont il a été parlé en détail précédemment, on est d'abord obligé de reconnaître que les globules qui sont sortis du vaisseau capillaire par une incision faite à celui-ci en sont sortis jaunes comme ils sont habituellement.

Puis on est amené à penser qu'une fois que les globules sont épanchés dans l'épaisseur de la substance intervasculaire, ils se comportent là à peu près comme ils le font dans le vaisseau capillaire. Ainsi ils communiquent leur contenu coloré en jaune orangé, sous forme de vapeur, non-seulement au liquide pâle du sang, mais encore à la substance intervasculaire, laquelle est également par elle-même pâle et grise. En outre, on aperçoit que les globules qui sont sortis les premiers du vaisseau capillaire, et qui en sont maintenant les plus éloignés, sont précisément ceux d'entre tous les globules extravasés qui perdent les premiers et peu à peu la couleur jaune qui leur est propre ; et ensuite que les autres globules, qui sont de moins en moins éloignés du vaisseau capillaire dont ils se sont échappés, perdent à leur tour, et de plus en plus tard, et successivement, leur couleur jaune, devenant ainsi gris et pâles les derniers.

Ainsi voilà les globules qui ont fait irruption dans la substance intervasculaire, offrant tous un phénomène de plus que lorsqu'ils étaient dans le vaisseau. Ils cédaient alors une portion de la matière colorée qu'ils contenaient, mais ils ne paraissaient pas, sauf quelques exceptions, abandonner jamais toute cette matière colorée à tout ce qui les entourait. Or, il n'en est pas autrement quand ils sont répandus dans la substance intervasculaire.

Que se passe-t-il donc en eux dans ce cas? Après avoir coloré le milieu, où ils se sont accidentellement introduits, avec la matière jaune qu'ils renfermaient, ils n'ont pas pu, sans doute, continuer à verser de la même matière jaune, puisque cette matière a fini par se dissiper, par disparaître

tout à fait; et eux ils sont restés à la même place, mais décolorés, mais gris et pâles.

Est-ce qu'il n'y a pas là une manifestation assez sensible de phénomènes pour réussir à s'en rendre un compte vrai? Si les globules n'ont pu entretenir la couleur jaune qu'ils avaient donnée au milieu où ils se trouvent, c'est qu'ils n'en contenaient plus, c'est qu'ils s'étaient vidés de leur contenu. Et si après avoir épanché ainsi tout leur contenu jaunâtre ils se présentent gris et pâles, c'est qu'il ne reste plus d'eux-mêmes que la cellule incolore qui contenait de l'albumine, de la fibrine et de l'hématine. Et ainsi, dans tous ces phénomènes successifs, on a une image vraie du mode d'intervention des globules dans l'acte de la nutrition; on apprend comment ils concourent à l'accomplissement de cet acte, ils fournissent immédiatement à la substance organisée intervasculaire ce dont elle a essentiellement besoin : de l'albumine, de la fibrine, de l'hématine.

Cette proposition que les globules interviennent dans la nutrition de la substance intervasculaire, en versant dans celle-ci la matière jaune orangé qu'ils contiennent, doit être commentée encore et soutenue par l'observation plus ample de certains phénomènes.

Avant l'ouverture pratiquée au vaisseau capillaire, on apercevait, comme toujours, circulant dans ce tube transparent la multitude ordinaire et bien connue de globules colorés en jaune orangé, et disparaissant par moment et plus ou moins, par suite de l'effusion de la matière colorée, laquelle ne pouvait avoir lieu qu'aux dépens des globules eux-mêmes, qui, seuls, la contiennent. Or, cette effusion de la part des globules n'est jamais complète pour le plus grand nombre d'entre eux; elle varie en plus ou en moins, et il y a seulement parmi la foule des globules quelques-uns d'eux, tantôt un seul, tantôt deux ou trois, ou très rarement cinq, qui, tout en conservant leur forme allongée, ovoïde, ont diminué légèrement de volume, et perdu entièrement leur couleur jaunâtre, et qui n'offrent plus qu'une teinte grise et pâle, leur contour étant uniquement indiqué par un liséré noirâtre. Toutefois,

divers autres vaisseaux capillaires à long cours, et surtout les capillaires à court trajet et servant d'anastomoses, renferment aussi des globules très dictinctement plus ou moins colorés, et d'autres qui sont tout à fait ou à peu près décolorés, c'est-à-dire gris et pâles. Or, il faut noter que ces mêmes vaisseaux capillaires à court trajet et les globules décolorés qu'ils renferment en certains instants, ne sont pas du tout alors entourés de la matière colorée en jaune orangé.

Lorsque les globules colorés sont encore renfermés dans le cylindre capillaire, c'est évidemment et nécessairement à travers la paroi mince et transparente de ce cylindre qu'ils envoient leur contenu (albumine, fibrine, hématine) sous forme de fluide jaune à la substance intervasculaire. Mais quand ces mêmes globules passent eux-mêmes et tout entiers par une ouverture artificielle du cylindre capillaire, dans l'épaisseur de la substance intervasculaire, dans ce cas l'orifice de la paroi du vaisseau capillaire est supprimé, les globules se trouvent brusquement en contact immédiat avec la substance organisée qu'ils doivent nourrir, et ils en éprouvent un changement notable. Aussitôt, et cela probablement parce qu'ils sont placés dans un milieu différent et par l'étendue et la laxité, et par la chaleur, et par quelque autre condition matérielle, les globules prennent tout d'un coup un volume plus grand d'un tiers ou du double ; toutefois ce changement ne les rend pas incapables de se comporter selon leur destination. Ils répandent autour d'eux, avec plus ou moins de promptitude ou de lenteur, la matière fluide, jaune orangé, qui leur appartient et qui est indubitablement la même que celle qu'ils répandent, quand ils sont enfermés dans un tube capillaire ; seulement, alors tous à peu près donnent entièrement ce qu'ils contiennent, ce qui fait qu'à la fin la sorte de vapeur jaune que forme au-dessus et autour d'eux la matière qu'ils ont répandue, se dissipe complétement et se fond ; aussi on les voit alors sans peine et devenir d'un gris de plus en plus pâle et clair ; leur corps, de gros et gonflé qu'il était, change de forme comme une vessie qui se vide du fluide apte à se résoudre en vapeur qui avait été renfermé en elle. Les

globules s'affaissent sur eux-mêmes, leurs parois se plissent, s'aplatissent, et leur couleur n'est plus que celle de la matière celluleuse et grise qui leur sert d'enveloppe. Or, cette enveloppe celluleuse elle-même paraît se fondre et devoir se dissiper avec un peu de temps.

Maintenant cette matière d'un jaune orangé que versent les globules incessamment, mais çà et là sur des points divers et nombreux, soit dans l'intérieur des vaisseaux capillaires, soit dans la substance organisée intervasculaire, ne pourrait-elle pas faire naître des doutes, quelques difficultés dans l'esprit, relativement à la persistance attribuée à la teinte grise habituelle que conserve la même substance organisée intervasculaire? Cette dernière ne saurait perdre sa couleur grise parce qu'elle reçoit la matière jaune orangé des globules. En effet, elle ne reçoit à la fois que des quantités très minimes, et elle les absorbe d'autant plus facilement que le fluide coloré des globules est extrêmement ténu, et comme une vapeur. Ensuite elle n'en reçoit, par l'exercice de sa fonction assimilatrice, que des quantités proportionnelles à celles de la matière organique dont elle se sépare par sa fonction de désassimilation. Cette matière antérieurement jaune, qu'elle abandonne ainsi, va très probablement, ou plutôt certainement, concourir à l'existence dans le sang de ces matières organiques que l'on désigne par l'épithète d'*extractives*.

La matière jaune orangé est extrêmement ténue; on peut se faire une idée de sa ténuité infinie et par son expansibilité, et en pensant qu'elle résulte d'un mélange de trois principes immédiats liquéfiés ou dissous, et que le tout est renfermé dans la capacité d'un globule. Elle se trouve ainsi dans les conditions de liquéfaction, de viscosité, de ténuite et diffusibilité, qui rendent possible son passage par exosmose à travers la tunique homogène, très mince, très molle et demi-transparente du vaisseau capillaire, surtout au moment où les globules arrêtés, accumulés et pesant sur un point de la tunique vasculaire, versent leur contenu fluide et coloré (albumine, fibrine, hématine).

§ III. — *Faits et remarques complémentaires du sujet qui*

vient d'être traité. — L'exposé des phénomènes relatifs à l'intervention des globules dans la nutrition, et l'interprétation donnée à certains d'entre eux, semblerait probablement offrir quelques lacunes, s'ils n'étaient suivis d'un petit nombre d'idées qui ressortent aussi de phénomènes observés.

Et d'abord les globules contenus dans les vaisseaux capillaires ne pourraient fournir leur contenu à la substance intervasculaire, s'ils ne rencontraient pour le faire un moyen dans la contexture de la tunique vasculaire, laquelle est formee d'une seule membrane (de matière homogène) perméable, et perméable tour à tour par exosmose, pour laisser sortir du tube capillaire les liquides qu'il renferme, et par endosmose, pour laisser entrer dans le même tube les matériaux liquides qui ne peuvent plus subsister dans la substance organisée intervasculaire. Mais n'y aurait-il pas en outre dans cette perméabilité un écartement des molécules de la paroi du vaisseau, ces molécules étant, à raison de leur homogénéité, simplement juxtaposées. Quoique l'on ne puisse pas découvrir, dans ce cas-ci, l'écartement des molécules, probablement il conviendrait cependant de l'admettre. D'abord, les globules arrêtés, accumulés et pressant sur un point de la tunique vasculaire, y produisent des bosselures plus ou moins visibles, lesquelles ne peuvent s'effectuer sans déplacement, dans leur juxtapositien, des molécules de la tunique du vaisseau. Ensuite le phénomène de la sortie, hors du vaisseau, de la matière fluide, très ténue, très diffusible et colorée, est quasi-instantanée, au moins à son début, car il en reste, paraîtrait-il, quelque peu dans le liquide pâle, plasma, du tube capillaire, et ce quelque peu sortirait alors lentement par exosmose.

Cet écartement, à certains moments, des molécules de la tunique des vaisseaux capillaires rend compte assez bien de la possibilité de la sortie accidentelle de quelques globules entiers hors de ces mêmes vaisseaux. On doit se rappeler que cette sortie a été observée principalement par les docteurs Henle et Ch. Robin.

Les bosselures des vaisseaux capillaires sont-elles un chan-

gement dans l'état de la paroi de ces mêmes vaisseaux, qu'il soit absolument nécessaire que les globules opèrent avant de répandre leur contenu, par exosmose du tube capillaire, dans la substance intervasculaire? Cette nécessité ne paraît pas être. Les globules peuvent verser, et versent en effet, leur contenu sans avoir produit de bosselure; il leur suffit d'avoir une course très ralentie, et mieux encore d'être arrêtés et amassés en nombre quelconque vers un point de la tunique du capillaire.

Mais les bosselures, par suite du déplacement, de l'écartement des molécules juxtaposées de la tunique vasculaire ne peuvent que favoriser, aidées en cela par l'accumulation des globules, l'ouverture d'abord des globules eux-mêmes, et puis le passage plus prompt de leur fluide coloré à travers la tunique vasculaire.

Peut-être eût-il été mieux, avant de parler de la sortie de ce fluide coloré des globules à travers la paroi des tubes capillaires, de dire un mot probatif sur l'ouverture même des globules, et sur l'émission par eux du fluide coloré qu'ils renferment. Voici les quelques remarques que comportent cette dernière question. Tant que les globules restent contenus dans le vaisseau capillaire, ils ne donnent l'idée, la preuve, qu'ils se sont ouverts que par deux phénomènes : 1° ils sont par moment et pour un instant enveloppés, et dérobés à la vue, plus ou moins, par une sorte de nuage jaunâtre, variable en épaisseur, lequel couvre en outre une portion de la substance intervasculaire voisine de ce point du vaisseau capillaire; or, cette sorte de nuage jaunâtre est composé de la matière fluide et de même couleur qui est propre à chaque globule, qui appartient à lui seul ; 2° lorsque cette matière colorée s'est fondue dans la substance intervasculaire, s'y est incorporée, et ainsi que le nuage jaunâtre est tout à fait dissipé, alors on distingue de nouveau les globules, et on voit que quelques-uns d'entre eux, un ou deux, ou trois au plus, sont d'un gris blanchâtre et vides apparemment ; que d'autres plus nombreux, sont moins colorés qu'ils ne le sont pour l'ordinaire, et enfin que le plus grand nombre n'offre aucun

indice d'avoir livré la moindre portion de leur fluide propre, coloré en jaune, et composé d'albumine, de fibrine et d'hématine. Mais quant à ces globules colorés, il faut remarquer qu'ils ne faisaient pas partie en réalité pour la plupart, de ceux qui venaient de répandre leur matière intérieure, le mouvement rapide de la circulation les ayant amenés au même point où étaient ceux qui s'étaient un seul instant arrêtés pour l'accomplissement de leur fonction, à savoir : l'éjection de leur contenu.

Si maintenant on passe de la considération de l'ouverture des globules pendant qu'ils sont contenus dans les tubes capillaires à celle de l'ouverture des globules qui ont pénétré dans la surface intervasculaire par une division artificielle du capillaire, on voit que ces globules répandent autour d'eux absolument la même matière colorée en jaune que l'on aperçoit autour d'eux dans les tubes capillaires, et de plus il devient très probable que cette matière jaune s'échappe alors de leurs cellules par une ouverture qui se fait à ces dernières, et dont les sortes de hiles noirs sont apparemment la marque. Mais ces ouvertures des globules extravasés par l'art dans la substance intervasculaire, ne sont probablement pas les mêmes que celles des globules contenus dans les canaux capillaires. C'est un point à étudier encore.

Quoi qu'il en soit, l'expérience d'ouvrir un vaisseau capillaire, et de déterminer ainsi la sortie de globules qui se répandent dans la substance intervasculaire, a eu pour résultat de montrer, d'une autre manière, que la matière jaune appartient aux seuls globules ; qu'elle est évacuée par eux seuls ; et que, vides plus ou moins de cette matière, les globules n'ont plus que la couleur grise et pâle de la matière protéique dont est composée la cellule de chacun d'eux.

L'ouverture spontanée des globules, soit quand ils sont contenus dans les tubes capillaires, soit quand ils sont extravasés dans la substance intervasculaire même, ne saurait guère être attribuée à une cause première autre qu'une affinité moléculaire qui attire la matière jaunâtre des globules hors de leur coque très mince, et la fait passer dans la sub-

stance intervasculaire. Quelle plus naturelle affinité pourrait exister en effet que celle qui doit s'exercer entre la matière fluide des globules (albumine, fibrine, hématine) et la substance intervasculaire qui en est formée, nourrie et entretenue.

Cette affinité, quelque positive qu'elle soit, n'en est pas moins susceptible de divers degrés; et cela dépend probablement de l'état de combinaison plus ou moins complet et avancé de la matière enfermée dans les globules. De là vient que ces derniers ne se vident pas tous ensemble, ni tout d'un coup, ni dans le même endroit. Il y en a ainsi beaucoup qui n'offrent plus une coloration aussi prononcée que d'habitude, et cette coloration varie d'intensité. Quelques-uns seulement paraissent tout à fait vides. Il n'en peut être de même pour les globules qui ont pénétré par une incision du tube capillaire dans la substance intervasculaire. Ils se trouvent instantanément dans une situation insolite, dans un milieu spécial, à savoir : le corps de la substance intervasculaire. Placés dans les conditions de ce nouveau milieu, ils éprouvent un changement d'état qui est attesté par le doublement de leur volume, par une modification de leur forme, par une ligne noire au centre d'une de leurs faces. L'affinité entre leur contenu (albumine, fibrine, hématine) et la substance intervasculaire n'en a pas moins ses effets ; les globules cèdent à cette dernière leur fluide jaune orangé, mais tous ils le lui cèdent entièrement, tous ils se vident complétement, et on le reconnaît à ce que la matière fluide jaune, une fois absorbée par la substance intervasculaire, les globules se voient décolorés et d'un gris qui devient de plus en plus pâle; ils se flétrissent, ils s'aplatissent comme une vésicule ou vessie vide. Ils se sont donc ouverts, et l'affinité de leur matière fluide et jaunâtre pour la substance intervasculaire a dû concourir à produire l'ouverture de leur cellule.

C'est bien parce qu'ils sont extravasés dans la substance intervasculaire même, qu'ils étaient destinés à nourrir, que les globules grossissent en conservant leur forme ovoïde, et qu'ils s'ouvrent en cédant à l'affinité de leur matière fluide

jaune pour la matière de la substance organisée intervasculaire dans laquelle ils se trouvent. La preuve en est fournie par une expérience fort simple. On a fait une petite plaie avec l'instrument tranchant à la membrane interdigitale d'une grenouille. Il en sort un peu de sang, et ainsi quelques globules, lesquels sont reçus dans l'eau qui mouille la petite plaque de verre sous-jacente ; or, dans ce milieu étrange pour eux, non vivant, non organisé, et sans affinité pour eux, les globules qui sont sortis par la blessure, et qui sont réunis en un petit groupe serré, ne sont pas augmentés de volume, prennent une forme polygonale très visible, et restent fermés, car ils conservent leur couleur.

Après l'examen de la question de l'ouverture des globules, doit venir à son tour la question du passage de la matière interne des globules à travers la tunique homogène des vaisseaux capillaires. D'abord il faut considérer l'état matériel de cette tunique. Elle est formée en membrane simple, molle, infiniment mince et demi-transparente, par des molécules homogènes uniquement et juxtaposées les unes près des autres. Cette membrane est sans doute un peu fortifiée, à l'intérieur du canal qu'elle circonscrit, par l'enduit adhérent et immobile d'une couche de liquide blanc et légèrement visqueux. Alors la voie que la tunique capillaire, ainsi constituée et fortifiée ou doublée intérieurement, laisse prendre à travers elle au liquide blanc qui circule dans le capillaire et au fluide répandu par les globules, n'est pas autre que la voie qui s'ouvre à toute endosmose ou à toute exosmose ; cette voie consiste dans un déplacement ou un écartement infiniment minime de molécules, déplacement ou écartement de molécules seulement juxtaposées, tant des molécules homogènes et propres à la tunique vasculaire qu'aux molécules aqueuses et légèrement visqueuses de la couche immobile qui l'enduit à l'intérieur du vaisseau capillaire. Il est évident que des molécules pareilles et ainsi disposées doivent et peuvent s'écarter aisément les unes des autres, mais qu'elles se rapprochent non moins aisément et aussitôt le passage effectué, ou du liquide plasma ou du fluide des globules, et sans qu'il

reste de traces de cet écartement ni sur la couche immobile de liquide visqueux qui adhère à la face interne de la tunique, ni sur cette tunique elle-même du tube capillaire.

En envisageant encore cette constitution des vaisseaux capillaires (une tunique simple et formée de molécules homogènes, et en outre revêtue à sa face interne d'une couche immobile de liquide blanc et visqueux), il ne saurait y avoir de difficulté à croire que le fluide jaune des globules, poussé par les efforts subits de pression de la coque de leur cellule à chacun d'eux, s'ouvre la paroi du vaisseau capillaire à la manière dont un fluide très dilaté, réduit presque en vapeur, traverse rapidement un liquide et une membranule qui le séparent de la substance pour laquelle il a une affinité spéciale, et que cette substance partage et témoigne en l'attirant à elle. Dans ces paroles, il faut moins voir une sorte d'explication que l'expression du fait même du passage subit et rapide du fluide coloré des globules à travers la paroi, quelle qu'elle soit, du vaisseau capillaire, comme le montre l'observation. On dirait presque qu'il se fait parfois une espèce d'injection de la matière jaune, partant du vaisseau capillaire et se répandant au sein de la substance organisée intervasculaire.

L'intervention des globules dans la nutrition étant déterminée, il est naturel de se demander ce qu'ils deviennent après avoir rempli cette fonction. Ici l'observation par les yeux manque entièrement. Toutefois quoique privé de ses enseignements, l'esprit ne pourrait-il, en usant des connaissances acquises, émettre une opinion qui soit très probable. Quand une effusion de leur matière interne et colorée a lieu de la part de quelques globules arrêtés et produisant une bosselure de la paroi du vaisseau capillaire, certains d'entre ces globules ont perdu un peu, plus ou moins, de leur coloration jaune et de leur volume ; certains autres restent tels qu'ils étaient avant de s'être arrêtés et reprennent leur mouvement de circulation ; les uns et les autres, tantôt après avoir circulé de nouveau dans les gros vaisseaux, et tantôt sans faire un si long chemin, sont assurément destinés à concourir à la

nutrition dans d'autres points du trajet des vaisseaux capillaires. Mais les globules qui ont évacué tout à fait leur matière fluide et nutritive, et dont il ne subsiste plus que la cellule vide et décolorée, ceux-là sont tellement modifiés dans leur état matériel, qu'une fois rentrés dans la masse du sang circulant, ils s'y fondent et font désormais partie des matières dites extractives.

On sait que les globules, en général, après avoir circulé dans les vaisseaux capillaires, passent dans les veines, et prennent alors une couleur rouge foncé, celle qui leur est propre dans le système veineux, et qui n'est autre que celle qu'ils contribuent à donner au sang des veines. On a dit, mais cette opinion doit être délaissée dorénavant, qu'ils devaient cette couleur rouge brun à ce que, sans sortir du système vasculo-capillaire, ils ont concouru, on ne saurait expliquer comment, à la nutrition des parties à la portée desquelles ils approchent tour à tour. Cette opinion, dont la réfutation est partout dans ce qui précède, n'est pas même en un point une appréciation exacte du fait (la coloration rouge brun des globules) dont elle s'occupe. En effet, il y a toujours une cause antérieure qui amène les globules à prendre une teinte rouge brun, c'est que du moment qu'ils entrent dans les veines et s'y avancent davantage, ils se trouvent dès lors affranchis de plus en plus de l'influence de la respiration pulmonaire par leur éloignement toujours croissant des organes qui sont chargés de cette importante fonction.

Ici s'arrêtera le travail qui s'est déroulé dans les pages précédentes. Quoiqu'il laisse dans le silence plus d'un commentaire qui pourrait être désiré, il démontre néanmoins très suffisamment la réalité du fait ou du phénomène principal dont il traite, et il expose plusieurs des conséquences qui en dérivent. C'est légitimement qu'il a pour conclusion que les globules des vaisseaux capillaires s'ouvrent et répandent la matière qu'ils contiennent (albumine, fibrine, hématine) pour en nourrir la substance générale intervasculaire qui la reçoit immédiatement et l'absorbe.

—

Le Secrétaire perpétuel demande la parole :

Il regrette d'avoir interrompu M. Desportes, il croyait qu'il avait terminé sa lecture, tandis qu'il prenait un moment de repos; mais il ne peut s'empêcher de faire remarqner que si parfois le microscope cause des illusions, il en a cette fois donné de bien étranges à M. Desportes ; si le récit que vient de faire M. Desportes ne devait pas être imprimé dans le *Recueil de l'Académie*, M. Dubois s'abstiendrait de toute réflexion, mais ce récit devant être imprimé, il faut au moins qu'une voix proteste contre d'aussi singulières allégations. Où M. Desportes a-t-il vu que les derniers courants capillaires sont pourvus de parois distinctes et de parois composées de plusieurs couches? et que ces couches sont formées de molécules qui s'écartent et se séparent pour laisser passer un fluide orangé fourni par des globules sanguins? Où a-t-il vu que les globules sont de petites vessies remplies d'un fluide diversement coloré? Comment peut-il nous dire que tantôt ces globules sortent des canaux pour venir se fixer dans la substance solide, et que tantôt ils forment des dilatations dans les canaux? Comment a-t-il pratiqué des ouvertures aux tubes capillaires, ouvertures par lesquelles il aurait vu sortir les globules, qui, de là, seraient allés verser leurs fluides dans l'épaisseur des parties voisines?

Et c'est dans l'espace interdigital d'une grenouille que M. Desportes dit avoir vu tout cela! Évidemment, M. Desportes s'est abusé, il n'a rien vu de semblable.

On a pu dire en d'autres temps, dans des ouvrages de physiologie, que les phénomènes de la nutrition s'accomplissent *visiblement* dans les dernières capillaires; que des molécules se détachent des courants capillaires pour aller se perdre dans les solides, et qu'au bout d'un certain temps d'autres molécules se détachent des solides pour rentrer dans les courants capillaires et de là être éliminés au dehors; mais qui ne sait que c'était là une vue de l'esprit? qu'on n'aperçoit rien de semblable dans le système capillaire. Tout ce que l'on peut constater, c'est que les derniers courants capillaires contournent les iles de substance animale et les baignent perpétuellement

sans que rien ne s'en détache, sans que rien ne pénètre dans l'épaisseur de ces iles, de sorte que le mystère de la nutrition reste aussi impénétrable que par le passé, et que l'inspection microscopique n'a rien appris à ce sujet.

Quant à l'impression du Mémoire de M. Desportes dans le *Recueil de l'Académie*, c'est un droit qu'on ne peut contester à notre collègue ; seulement le secrétaire perpétuel aurait désiré qu'avant d'user de ce droit, M. Desportes eût essayé du moins de faire partager son opinion à un seul membre de l'Académie.

C'est par cette proposition que le Secrétaire perpétuel terminera ses observations.

— M. Desportes : Mon travail est rédigé de telle manière que quiconque voudra l'examiner, s'il suit l'ordre d'exposition des idées, verra apparaître successivement les phénomènes qui ont été annoncés.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, tome V°, 5° livraison.

Montpellier médical. Février.

Le Progrès, n. 5.

Journal de chimie médicale. Février.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 3.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 5.

L'Abeille médicale, n. 6.

L'Union médicale, n. 14 à 16.

La France médicale, n. 6.

Gazette médicale de Paris, n. 6.

Gazette des hôpitaux, n. 14 à 16.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, tome XLVIII, n. 5.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année 1858.

Clinique européenne, journal international de médecine, n. 1 à 5.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics accuse réception du rapport sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1857, et donne son approbation à la proposition supplémentaire qui lui avait été faite d'accorder une médaille d'argent à M. le docteur RAGAINE, de Mortagne (Orne).

Le même ministre transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Drôme et du Finistère. (*Commission des épidémies.*)

II. La recette de préparation et l'échantillon d'un lait iodé. — Des échantillons d'huile de foie de morue préparée d'après un nouveau procédé. — La recette et l'échantillon d'une solution dite *végétale* pour la conservation des dents. — La recette d'une préparation à laquelle on attribue la propriété de guérir la fièvre. — Une nouvelle pièce relative à une *pommade fondante* soumise à l'examen de l'Académie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Quelques considérations sur la dyspepsie et sur son traitement, par M. BARRE. (*Commissaires :* MM. Collineau, Grisolle et Jolly.)

II. Nouveaux moyens pour la conservation des cadavres et des pièces anatomiques, par M. le docteur JACQUEZ (de Lure). (*Commissaires :* MM. Robert et Michel Lévy.)

III. M. le docteur Henri Roger informe l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoi à la section.*)

IV. M. le docteur Max-Simon prie l'Académie de vouloir bien porter son nom sur la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi à la commission.*)

V. M. Cap adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Mon cher et honoré collègue, j'ai l'honneur de vous adresser un ouvrage manuscrit que je vous prie de vouloir bien offrir, en mon nom, à l'Académie impériale de médecine.

» Il s'agit du *Cours de chimie*, complet et inédit, de Guillaume Rouelle, divisé en trois parties, formant deux volumes grand in-4°. Ce travail représente l'état de la science à l'époque où les cours de Rouelle étaient suivis avec le plus d'ardeur, c'est-à-dire de 1754 à 1759 (il y a précisément un siècle). L'exemplaire que j'offre à l'Académie est surtout précieux en ce qu'il renferme les nombreuses corrections et remarques qu'y a jointes de sa main le célèbre Jean Darcet, gendre de Rouelle, père de Jean-Pierre-Joseph Darcet, aussi membre de l'Académie des sciences, mort en 1844.

» Les chimistes nos contemporains n'ont sans doute rien à apprendre dans cet ouvrage; mais, comme monument historique, il peut offrir un intérêt réel aux érudits, et, à ce titre, il ne saurait être déposé plus utilement que dans la bibliothèque de l'Académie impériale de médecine.

» Veuillez agréer, etc. »

—

RAPPORTS.

Sur un oreiller hygiénique. — (*Rapport* de M. Poiseuille.)

Le sieur Aubert, propriétaire, demeurant à Barbière, canton de Bourg-de-Péage (Drôme), a pris un brevet d'invention à l'occasion d'un oreiller qu'il appelle hygiénique, sarcotique,

antidysménorrhéique et antistérile; il a écrit le 5 avril dernier à M. le ministre de l'agriculture et du commerce pour lui demander de faire examiner sa découverte, et d'être autorisé à vendre les oreillers de sa fabrication, etc., etc.

L'Académie a reçu de M. le ministre le mémoire et la recette du sieur Aubert, et a chargé M. Michel Lévy et moi de lui en rendre compte.

Les substances qui entrent dans la composition de l'oreiller du sieur Aubert sont :

Balle d'avoine, 4 kilogrammes; esprit de lavande, de jasmin, de mélisse, de chaque, 20 à 30 grammes; camphre pulvérisé, 1 à 2 grammes; mercure ou vif argent *de bonne qualité*, 5 à 8 hectogrammes.

Votre commission, comme on le pense bien, ne s'est point arrêtée à la propriété qu'aurait cet oreiller de remédier à la stérilité, vertu qui ne pouvait naître que d'un cerveau malade; mais la présence de près d'un kilogramme de mercure dans un oreiller a particulièrement fixé son attention, eu égard aux dangers qui peuvent en résulter.

En effet, ce liquide, par suite de sa grande densité, doit bientôt occuper la partie la plus déclive de l'oreiller, et s'élever à la température d'environ 40 degrés par le voisinage ou le contact de la personne couchée; or, le mercure, même à la température de 20 à 25 degrés, émet des vapeurs, lesquelles sont encore favorisées par l'existence de la vapeur d'eau; à 40 degrés, des vapeurs de mercure se répandront donc dans l'air confiné de l'alcôve ou de la chambre; ces vapeurs, incessamment respirées par les personnes, produiront chez elles, au bout d'un certain temps, des accidents mercuriels qui, comme on sait, sont de la plus grande gravité, ainsi qu'on le constate chez ceux qui exploitent les mines de mercure, et chez tous les ouvriers dont les professions exigent des manipulations quotidiennes de ce métal.

Le sieur Aubert, tout entier à son erreur, indique comme preuve de l'efficacité de son oreiller, la pâleur dont sont bientôt atteintes les personnes qui en font usage; il ignore que cette pâleur de la face est précisément le premier symptôme

que présente l'organisme lorsqu'il est soumis à l'action délétère des vapeurs mercurielles.

Votre commission a donc l'honneur de vous proposer de répondre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce que l'oreiller du sieur Aubert, loin de produire les effets que, dans son ignorance, il lui attribue, peut, par son usage, altérer la santé de la manière la plus funeste, et, en outre, que le brevet pris par le sieur Aubert lui soit retiré.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

DISCUSSION.

Sur le névrosisme, ou état nerveux.

M. Bouillaud : Messieurs, si les précautions oratoires, ainsi que j'en ai fait moi-même l'expérience, ne méritaient pas, elles aussi, le nom de précautions *inutiles*, aujourd'hui plus que jamais j'aurais eu besoin d'y recourir. Je m'en abstiendrai donc, et non-seulement par le motif indiqué, mais aussi pour ménager les moments de l'Académie, ce à quoi je n'ai peut-être pas toujours assez songé.

Je ne puis m'empêcher de commencer par exprimer mon profond regret de ce que des occupations forcées ne m'ont pas permis de préparer suffisamment ce discours, et par implorer quelque indulgence de la part de ceux qui m'écoutent. J'ai d'autant plus besoin de la réclamer que, parmi les personnes présentes, un grand nombre éprouveront probablement une sorte de *déception*. En effet, si j'en juge d'après la première impression produite sur l'opinion publique et spécialement sur notre presse médicale, représentant naturel de cette opinion, on doit surtout s'attendre à une discussion nouvelle sur le *vitalisme* et l'*organicisme*. Or, tel n'est pas le principal sujet qui m'a fait demander la parole et monter à cette tribune. Je conviendrai néanmoins très volontiers que le rapport de notre honorable collègue, M. Gibert, contient des passages qui, sous ce point de vue, *sont un peu à la guerre*, et bien

faits pour chatouiller et même *agacer* les nerfs des organiciens. Mais, pour moi, je n'ai déjà pris qu'une trop longue part à la précédente discussion sur le vitalisme et l'organicisme. Je serai donc assez bref aujourd'hui sur ce chapitre, laissant à quelques-uns de nos collègues la tâche de le traiter plus au long, et me promettant bien de profiter de leurs réflexions. Mais, le chapitre dont il s'agit mis de côté, reste, messieurs, celui des affections nerveuses et de la chloro-anémie, c'est-à-dire une immense et magnifique question de *pratique*, sous le double rapport du diagnostic et de la thérapeutique. La *chloro-anémie!* état pathologique presque entièrement ignoré de nos devanciers et cependant si commun, messieurs, que, s'il n'en existe pas quelques cas dans l'une des familles des personnes devant lesquelles j'ai l'honneur de parler, je dois lui en faire mon sincère compliment. Je lui devrais un compliment plus flatteur encore si, des cas de ce genre existant, ils n'ont pas été, du moins pour la plupart, méconnus et traités comme des affections appartenant à l'ordre des phlegmasies ou des maladies organiques, ce qui est assez grave, ou bien à l'ordre des névroses pures et simples, ce qui est bien moins grave, mais néanmoins encore erroné. Quoi qu'il en soit, je diviserai ce discours en trois parties. La première aura pour sujet l'examen du rapport; la seconde sera consacrée à quelques considérations historiques sur la chloro-anémie, et la troisième à des considérations générales sur cet important état pathologique, et sur ses rapports avec les autres états morbides.

Première partie. — I. Absent de l'Académie le jour où M. Bouchut a lu son mémoire, j'ai dû chercher dans le rapport de notre honorable et savant collègue un exposé plus ou moins complet de ce que contient ce mémoire, et, avant tout, une définition *claire* et *précise* de l'affection, soit nouvelle, soit déjà connue, à laquelle M. Bouchut a donné le nom de *nervosisme*. Malheureusement pour moi, le rapport de M. Gibert, sur l'article dont il s'agit, est d'un laconisme dont Hippocrate lui-même, le divin auteur des *Aphorismes*, pourrait être ja-

loux. J'aime autant qu'un autre, autant que M. Gibert lui-même, l'*hippocratisme* sous toutes ses formes, à la condition toutefois d'éviter l'exagération.

Voici ce que je lis dans le rapport laconique et hippocratique de M. Gibert, sur la définition et la description du *nervosisme*. Après avoir rappelé le mémoire *Sur la surexcitation nerveuse*, adressé il y a quelques années à l'Académie par M. le docteur Gillebert d'Hercourt, notre collègue poursuit ainsi : « C'est aussi la *surexcitation nerveuse*, sans lésion organique appréciable, que notre honorable confrère, M. le docteur Bouchut, a pris pour sujet d'un travail des plus complets, dont il n'a pu exposer à cette tribune qu'un bien court résumé. » Cela dit sur la définition du nervosisme, M. le rapporteur ajoute que « le travail de M. Bouchut, dont le manuscrit ne compte guère moins de 300 pages, est le fruit de plusieurs années d'observation clinique, soit dans nos hôpitaux, soit dans la pratique civile, et qu'il a été rédigé tout entier sous l'empire des véritables principes de la médecine hippocratique, et repose sur 43 observations inédites ou empruntées à divers ouvrages et recueils périodiques. »

M. Gibert, qui ne pèche point, vous le savez, messieurs, par un excès de goût pour les *innovations* inutiles, en matière de mots comme en matière de choses, a laissé passer, sans lui opposer la moindre résistance, le nom *nouveau* de *nervosisme ;* ce qui semblerait supposer qu'il ne le considère pas, en effet, comme inutile, bien qu'il n'exprime aucun état morbide nouveau, puisque, selon M. Gibert lui-même, il est synonyme de *surexcitation nerveuse*, à moins que la profession de foi *hippocratiste* de M. Bouchut ne lui ait fait trouver grâce auprès du rapporteur, pour un *néologisme* dont la médecine en général, et la médecine hippocratique en particulier, n'éprouvait peut-être pas un trop pressant besoin. Je suivrai volontiers l'exemple de M. Gibert au sujet du mot *nervosisme*, et je souhaiterai même que cette discussion lui soit légère. Mais notre collègue, M. Piorry, est inscrit pour monter à cette tribune, et comme tout le monde sait qu'il a créé le nom de *névropallie* pour désigner un état morbide ou *organopathique*

dans lequel rentre celui dont s'est occupé M. Bouchut, j'ai tout lieu de craindre qu'il ne s'élève ici une question plus ou moins..... orageuse de *linguistique* médicale. Je fais des vœux, ainsi que tout le monde le pense bien, pour le triomphe de la bonne cause. Au reste, si les mots *nervosisme* et *névropallie* en viennent réellement aux prises l'un avec l'autre, nous pouvons compter sur l'intervention toute-puissante de l'un de nos collègues. Il me semble déjà entendre le *quos ego!*... de ce Neptune de la médecine, auteur lui-même du mot nouveau de *philintisme*.

Mais ce n'est pas tout que d'imaginer un nom *nouveau*. Une chose plus essentielle encore, c'est de donner une idée claire et précise de la chose à laquelle ce nom a été imposé. Est-ce bien là ce qu'a fait M. Bouchut? Je n'oserais affirmer, messieurs, que vous répondrez par l'affirmative, quand vous aurez entendu le passage suivant, dans lequel M. le rapporteur nous initie à la doctrine de M. Bouchut sur le nervosisme : « Par la réunion et la comparaison d'un grand nombre de faits publiés sous les titres divers d'*hystérie*, d'*hypochondrie*, de *vapeurs*, d'*aliénation mentale*, de *gastralgie*, de *chlorose*, d'*anémie*, de *syphilis larvée*, etc., empruntés aux écrits de Sydenham, de Robert Whytt, de Lorry, de Pomme, de Tissot, de Frank, Louyer-Villermay, Dubois (d'Amiens), Rasori, Barras, Chomel, Prosper Yvaren, etc., M. Bouchut a réussi à composer une *synthèse pathologique* qui comprend les divers phénomènes que provoque et entretient l'état nerveux, dont l'auteur distingue deux formes principales : la forme aiguë et fébrile, très rare, et la forme chronique et apyrétique, très commune. » Quel protée que la synthèse pathologique de M. Bouchut! En comparaison de cette sorte de monstre, composé bizarre de membres divers provenant de l'hystérie, de l'hypochondrie, des vapeurs, de l'aliénation mentale, de la gastralgie, de la chlorose, de l'anémie, de la syphilis larvée, etc., le monstre d'Horace n'est qu'un enfantillage! Certes, il faut être, en matière nosologique, un *alchimiste* consommé pour pouvoir créer ainsi de toutes pièces une entité pathologique aussi compliquée !

II. A Dieu ne plaise que, Bellérophon d'un nouveau genre, je m'attaque à cette *Chimère* du monde médical ! J'en laisse à d'autres le dangereux honneur, leur assurant que je ne serai point jaloux de leur victoire. Mais il est un élément constituant du *composé* pathologique appelé *nervosisme*, sur lequel je désire fixer l'attention de ceux qui me font l'honneur de m'écouter, parce que cet élément, comme je l'ai dit tout à l'heure, encore très peu connu aujourd'hui, joue un rôle vraiment immense en matière de diagnostic et de traitement. Cet élément est l'état *chloro-anémique*. Il y a, d'ailleurs, dans le remarquable rapport de notre spirituel et savant collègue, une sorte de provocation courageuse à cette discussion. Je le remercie pour ma part d'avoir hardiment jeté le gant au sein de cette Académie. Il n'a point dû être surpris de voir plusieurs de ses collègues disposés à le relever, bien que nul d'entre eux ne pût ignorer qu'il aurait à lutter contre un adversaire aussi habile que vigoureux, et pour ainsi dire armé de pied en cap.

Un des passages du rapport de notre collègue où j'ai plus spécialement trouvé l'indice d'une sorte de déclaration de guerre, est celui-ci qui en termine le premier alinéa. Plaçons ce passage tout entier sous les yeux de l'Académie. « Tandis que, parmi les médecins, les uns attribuent les *névroses* (il s'agit de la classe de maladies qui porte ce nom dans la *nosographie* philosophique de Pinel) à une lésion *vitale* (ou sans matière appréciable) du système nerveux, les autres veulent toujours y constater, ou, au besoin, y supposer une lésion locale moléculaire, qui appelle aussi, le plus souvent, l'emploi de médications topiques fort analogues à celles que l'on applique aux phlegmasies ou aux lésions organiques. *Nous voyons aujourd'hui même une dernière application de cette théorie matérielle et localisatrice dans l'influence pathogénique attribuée par quelques écrivains à l'altération du sang désignée sous le nom de* CHLORO-ANÉMIE, *sur les affections nerveuses.* »

Après avoir ainsi divisé les médecins en deux camps opposés, notre collègue, étendant davantage et généralisant autant que possible sa distinction, oppose entre eux les *vitalistes* et

les *organiciens*, au risque de renouveler une discussion encore trop récente pour que l'Académie en ait oublié le souvenir. M. Gibert, pour sa part, ne l'a point oublié ; mais il déclare qu'après avoir suivi avec un vif intérêt l'argumentation des divers orateurs, il en est encore à se demander si les propositions fondamentales formulées par l'école hippocratique sont admises ou rejetées par l'école organicienne de nos jours.

Je crois, j'aime à le redire, aller au-devant des vœux de cette assemblée en laissant à d'autres l'honneur d'une discussion nouvelle sur l'*organicisme* et le *vitalisme*, si malheureusement opposés l'un à l'autre, et je souhaite que M. Gibert en retire plus d'éclaircissements et de profit que de la précédente.

III. Il me permettra seulement de lui faire observer qu'il aurait mauvaise grâce, lui qui met sur la même ligne le *vitalisme* et l'*hippocratisme*, de voir une atteinte portée au *vitalisme* dans la doctrine de ceux qui *attribuent à la chloro-anémie une influence pathogénique sur les affections nerveuses*. En effet, je crois pouvoir me placer dans les premiers rangs des *praticiens* qui ont le plus insisté sur cette influence. Or, je n'ai jamais développé cette doctrine, conforme à la plus saine expérience, sans que, rendant hommage au génie observateur d'Hippocrate, je n'aie proclamé qu'on en trouvait les premiers rudiments dans cet aphorisme du divin vieillard : *Sanguis frenat nervos, sanguis moderator nervorum*. Je suis très heureux, je l'avoue, que M. Gibert lui-même, dont personne plus que moi ne se plaît à reconnaître les éminentes qualités, ait bien voulu me rendre justice à cet égard, et je lui demande la permission de citer ici le texte même de ses paroles. « Toutefois, avouons que notre auteur (M. Bouchut), contrairement à l'opinion que nous avons exprimée (1), sou-

(1) Voici cette opinion : « Dans les deux formes de nervosisme, on a pu constater, soit pendant la vie, soit après la mort survenue à la suite d'un ou deux mois de maladie, dans le premier cas, et après un temps indéterminé dans le second, l'absence de lésion matérielle appréciable des organes, ou du moins de lésion capable de rendre compte des phénomènes observés. »

tient que la *chloro-anémie* est le fait matériel le plus général du nervosisme, soit aigu, soit chronique ; et, bien que M. Bouchut paraisse hésiter à donner à cette altération du sang toute l'importance étiologique que nous avons signalée, notre auteur, nous devons le reconnaître, semble se rapprocher beaucoup de l'opinion la plus moderne sur l'appauvrissement du sang, considéré comme lésion principale du nervosisme. *Hâtons-nous de remarquer, d'ailleurs, avec notre savant et laborieux* collègue M. Bouillaud, que cette théorie est à la fois la plus récente et la plus ancienne, puisqu'elle remonte à Hippocrate, et qu'elle semble avoir été toujours admise (au moins implicitement) par les observateurs, qui ont signalé unanimement les causes de débilitation générale comme les plus propres à produire les accidents nerveux. »

M. Gibert ajoute très à propos que la thérapeutique vient encore confirmer cette explication ; car c'est le plus ordinairement au régime restaurant et fortifiant qu'on a recours dans le traitement du nervosisme.

Toutefois, après avoir répété que, dans son Mémoire, M. Bouchut a eu particulièrement en vue un état dans lequel une débilitation profonde s'allie presque toujours aux accidents nerveux, M. le rapporteur déclare qu'*il ne manque pas non plus d'observations rattachées à l'hystérie, à la mélancolie, à l'hypochondrie...., dans lesquelles les accidents nerveux se montrent joints à des conditions tout opposées, et même parfois à la pléthore sanguine.* « Aussi, poursuit M. Gibert, MM. Cerise et Gillebert d'Hercourt ont-ils admis une surexcitabilité nerveuse *hypo-* et *hypernévrique*, *hypo-* et *hypérémique*, et ces distinctions lui paraissent fondées sur une saine observation. Que l'hystérie, la mélancolie, l'hypochondrie..., se *montrent jointes*, dans un certain nombre de cas, à la pléthore sanguine, c'est un point que je concéderai volontiers à M. Gibert. Cette concession me coûte d'autant moins qu'il ne s'agit ici, en s'en tenant à la *lettre* même, que d'une question de coïncidence. Je serais peut-être moins facile s'il s'agissait d'une question de cause à effet, et il ne faudrait rien moins que mon désir très sincère de vivre en parfaite intelligence

avec mon honorable collègue pour me décider à ne lui présenter la pointe de la moindre petite objection. Je ne veux pas non plus croiser avec lui le fer de la discussion, parce qu'il s'est constitué le défenseur de notre savant et éloquent confrère, M. le docteur Cerise, si compétent en matière d'affections nerveuses, et de M. Gillebert d'Hercourt. Mais ils me pardonneront tous ensemble si j'éprouve quelque peine à comprendre la *surexcitabilité* qu'ils appellent *hyponévrique*, et s'il me semble que, sous le rapport *littéral* du moins, ces deux expressions doivent être étonnées de se trouver ainsi unies. M. Gibert, pour sa part, m'accordera d'autant plus aisément le pardon que je lui demande, au sujet de la *surexcitabilité*, soit *hyponévrique*, soit *hypérémique*, que je fais cette demande, au nom de notre maître commun, le divin Hippocrate, avec lequel je m'en tiens à l'aphorisme déjà cité plus haut : *Sanguis moderator nervorum, sanguis frenat nervos.*

M. le rapporteur lui-même, dans la dernière formule sous laquelle il présente sa doctrine sur le sujet qui nous occupe, oublie de faire ressortir la relation de *cause à effet*, entre la pléthore sanguine et le nervosisme ou la *cachexie nerveuse* (expression de Lorry, qui, si je ne me trompe, sourit plus à l'oreille et à l'esprit de M. Gibert, que celle de *nervosisme;* bien que, je le répète, notre collègue n'ait, en aucune autre façon, manifesté de répugnance pour ce nouveau nom). Pour la seconde fois, les termes dans lesquels s'exprime M. Gibert ne donnent qu'une idée de coïncidence. Or, si notre collègue eût été profondément convaincu de la réalité du rapport de *causalité*, ce rapport, par une sorte de disposition naturelle d'un esprit ainsi convaincu, se serait trouvé exprimé de la manière la plus formelle, et comme de lui-même, dans le passage que nous signalons, et que nous allons lire à l'Académie :

« Nous pensons, avec M. Bouchut, qu'il existe une névrose distincte de l'hystérie, de l'hypochondrie et de la mélancolie, que l'on pourrait désigner sous le nom de *cachexie nerveuse*, et à laquelle se joint souvent la *chloro-anémie*...; mais j'ajoute qu'il ne faut pas omettre non plus comme individualité spé-

ciale, la surexcitation nerveuse sans anémie, et même avec une crase sanguine toute contraire, qui a été signalée avec uste raison par MM. Cerise et Gillebert d'Hercourt. » On voit qu'il n'est ici nullement question d'un rapport de cause à effet, et non-seulement il n'en est pas question en ce qui concerne une *crase sanguine* toute contraire à l'*anémie ;* mais en ce qui concerne l'anémie elle-même, dont M. Gibert fait une simple *compagne* de la *cachexie nerveuse*.

En dernière analyse, il est facile de voir que, tout en reconnaissant, jusqu'à un certain point, que la *chloro-anémie* exerce une influence de cause à effet dans l'*affection nerveuse* désignée par les noms divers de *surexcitation nerveuse*, de *cachexie nerveuse*, de *nervosisme*, M. Gibert, s'applique avec une sorte de complaisance, à nous répéter que cette condition *matérielle* ne se rencontre pas chez tous les sujets. Il déclare expressément d'ailleurs que, *lorsqu'elle existe, elle doit plutôt être considérée comme faisant partie du tout morbide, que comme la cause organique fondamentale de tous les troubles fonctionnels qui se produisent en pareil cas.*

IV. Tel est le fidèle résumé de la doctrine de notre honorable collègue sur le *nervosisme*, et sur les rapports de la *chloro-anémie* avec cet état morbide. Si l'on en doutait, il suffirait de relire la fin du premier alinéa du remarquable rapport de M. Gibert, telle que je l'ai textuellement transcrite un peu plus haut.

Avant de passer à ma seconde partie, je ne puis m'empêcher de faire quelques remarques nouvelles sur le système de guerre que M. Gibert, en tant que *vitaliste*, dirige contre les défenseurs de ce qu'il appelle l'*organicisme* anatomo-pathologique, contre les *organiciens*, pour parler plus abréviativement. Il oppose ces organiciens aux médecins qui attribuent les névroses à une lésion *vitale* (ou sans matière appréciable). Or, j'en appelle à tous les organiciens dont le nom fait autorité, j'en appelle au maître que je vois ici en face de moi, et qui, par une sorte de cumul bien honorable, est à la fois un des plus illustres disciples de Pinel, et l'un des plus dignes représentants de l'*organicisme*, de l'école *organique* (expressions

mêmes qui, je crois, lui appartiennent) ; j'en appelle à M. le professeur Rostan, dont le silence dans une pareille discussion pourrait être aussi appelé une *calamité publique :* n'enseigne-t-il pas, et dans ses écrits et dans ses leçons orales, que ce qui distingue essentiellement les *névroses* de toutes les maladies qui sont du domaine de l'anatomie pathologique, c'est qu'elles ne laissent après la mort aucune lésion appréciable, c'est que *la lésion du système nerveux à laquelle on doit les attribuer*, pour parler le langage de M. Gibert, est sans *matière appréciable*, ou *vitale*, puisque M. le rapporteur emploie ces deux mots comme synonymes?

D'une autre part, M. Gibert voit « une dernière application de cette theorie matérielle et localisatrice, dans l'influence pathogénique attribuée par quelques *écrivains* à l'altération du sang désignée sous le nom de *chloro-anémie*, sur les affections nerveuses. » Je regrette que notre savant collègue n'ait pas désigné plus explicitement et nominalement les écrivains dont il s'agit. De ce que l'on admettrait avec quelques praticiens, au nombre desquels je déclare me ranger, que, comme conséquence ou corollaire de l'aphorisme déjà cité d'*Hippocrate* (*sanguis moderator nervorum*), et surtout comme corollaire de faits que l'on rencontre journellement à chaque pas dans la bonne pratique, que l'état *chloro-anémique* joue un *certain* rôle dans la production d'une série particulière de phénomènes nerveux, s'ensuivrait-il qu'on ne mérite pas le nom de médecin *hippocratiste* ou *vitaliste ?* Assurément non. S'ensuivrait-il nécessairement qu'on n'attribue pas ces phénomènes à une lésion *vitale* ou *dynamique*, ou *sans matière appréciable* du système nerveux? Non encore, assurément.

V. Au reste, je l'ai déjà dit, j'ai peu de goût pour ces *sobriquets* de médecins *vitalistes*, *organiciens*, etc. Il n'y a, de par la logique et le bon sens, qu'une seule vraie médecine, comme il n'y a qu'une géométrie, qu'une physique, qu'une chimie, etc., et cette médecine *une*, en faveur de laquelle, pour ma part, je prêche depuis si longtemps malheureusement un peu dans le désert (*vox exaudita est clamans in deserto*), est celle qui n'admet que les propositions démontrées, laissant à l'avenir

la longue tâche d'achever ce que les siècles déjà écoulés ont produit en fait de propositions de cette espèce.

Oui, messieurs, l'*unité* en matière de médecine, voilà l'objet éternel de mes vœux, de mes aspirations, de mes faibles efforts! Hélas! non-seulement, elle n'existe pas encore d'une manière générale, cette bienheureuse unité, mais elle ne se trouve pas même dans le camp, dans l'école, dans l'église des vitalistes. Qui peut ignorer, en effet, qu'aujourd'hui même ce n'est plus l'école vitaliste de Montpellier qui combat contre l'école vitaliste de Paris, telle qu'elle est représentée par la *Revue médicale* elle-même, mais que la Faculté de Montpellier combat contre la philosophie de la Faculté des lettres de cette ville, si justement célèbre, etc., etc.?

Mais en voilà bien assez sur l'objet de la première partie de ce discours.

Seconde partie. — I. C'est bien en vain, messieurs, qu'on chercherait dans Hippocrate et dans Galien, ces deux grands représentants de la médecine grecque et romaine, une description de la chloro-anémie. On ne serait pas plus heureux en compulsant tous les ouvrages des médecins du moyen âge. Les auteurs des XVIe et XVIIe siècles contiennent bien quelques articles relatifs à la chlorose; mais on y trouve les doctrines les plus opposées, relativement à la vraie nature de cette maladie. On s'accorde seulement à la considérer, en général, comme une maladie exclusivement propre au sexe féminin, et se manifestant particulièrement à l'époque de la puberté. On n'est guère plus avancé dans le siècle qui vient de s'écouler, et pendant les trente premières années de celui dans lequel nous vivons. Quelques citations que nous allons mettre sous les yeux de l'Académie, démontreront suffisamment la vérité de cette dernière assertion.

II. Commençons par rappeler que les illustres chefs des deux écoles qui ont précédé l'école médicale actuelle, Pinel et Broussais, n'ont pas songé à réserver la plus petite place à la chlorose et à l'anémie dans leur cadre nosologique.

Un auteur dont le nom jouit d'une certaine célébrité, Gri-

maud, dans un *Traité des fièvres*, publié à Montpellier en 1791, s'exprime ainsi sur la *nature* et le traitement de la *chlorose :* « Nous avons remarqué que l'état *comme phlogistique* (état que Grimaud rapproche de l'*état pléthorique*) doit être regardé comme faisant partie des moyens que la nature emploie pour achever l'acte de la puberté. *Piquer,* dans son ouvrage *Praxis medica*, dit aussi d'excellentes choses sur la *chlorose* qui attaque les jeunes personnes à l'époque de la menstruation. *Cette chlorose dépend le plus souvent d'*INFLAMMATION *comme lente de la matrice, et, d'après l'apparence* TROMPEUSE *des phénomènes nerveux, on la traite d'une manière si pernicieuse par les toniques et les échauffants, tandis qu'elle ne demande que les tempérants antiphlogistiques, et surtout la* SAIGNÉE. »

Voici comment notre savant collègue, M. Roche (*Dict. de méd. et de chir. pratiq.*, t. V, 1830), s'explique sur le sujet qui nous occupe : « La nature de la chlorose, comme celle de toutes les affections que l'anatomie pathologique n'a point éclairées de son flambeau, est encore un sujet d'incertitude et de doute... Il semble, à voir une jeune chlorotique, que tous les organes soient arrivés à ce point de développement où la puberté doit nécessairement éclore, mais que l'utérus en retard, ne recevant pas le degré de vie dont il a besoin pour devenir apte à la fonction qui lui est destinée, et ne donnant pas conséquemment l'impulsion sans laquelle ne peut s'opérer l'importante révolution prête à s'accomplir, retienne tout le reste de l'organisme dans son état de langueur et d'inertie. En un mot, une jeune fille atteinte de chlorose peut être considérée comme un être qui se développe et qui, passant d'un état de vie à un autre, est arrêté dans son évolution commencée et reste, en quelque sorte, à l'état de *chrysalide engourdie*, parce que l'organe qui doit présider à sa nouvelle existence ne reçoit ni le développement ni la vitalité nécessaire... (1) »

A l'article ANÉMIE du dictionnaire cité tout à l'heure, ar-

(1) Rien, dans cette définition de la chlorose, sur une *lésion* du sang :

ticle antérieur d'un an à celui de CHLOROSE, M. Roche s'exprime ainsi sur cette maladie : « L'anémie consiste dans une diminution considérable de la quantité du sang. Souvent symptomatique d'une affection chronique et quelquefois effet passager d'une hémorrhagie excessive, elle est primitive dans quelques cas, et semble résulter alors d'une sorte d'étiolement de l'individu qui en est atteint... Gardons-nous de confondre l'anémie symptomatique d'une affection chronique qui a graduellement appauvri le système sanguin avec l'*anémie véritable*, celle des mineurs d'Anzin. »

M. Roche déclare qu'il ne partage pas l'opinion des médecins qui pensent que l'anémie ne diffère pas de la chlorose. Selon lui, cette dernière dépend de l'asthénie des organes génitaux, tandis que l'anémie primitive consiste en une sorte d'étiolement de l'individu qui en est atteint. Quant à l'anémie symptomatique, elle est *excessivement rare*, suivant M. Roche, *et il s'est demandé plus d'une fois si elle ne dépendrait pas plus fréquemment de l'inflammation chronique du foie que de l'irritation chronique de tout autre organe*. Sans se dissimuler les objections qu'on peut opposer à cette conjecture, il ajoute que *le seul exemple d'anémie symptomatique qu'il ait observé existait avec une hépatite chronique*.

A peu près à la même époque où M. Roche écrivait ce qui précède, M. le professeur Andral, dans son *Précis d'anatomie pathologique* (1829), classait l'anémie et la chlorose parmi les *lésions de la circulation*, et sans avoir encore en sa possession tous les matériaux nécessaires pour constituer une monographie pleinement satisfaisante de ce double état morbide, ne nous en enseignait pas moins quelques idées lumineuses, qui méritent une mention des plus honorables. En ce qui concerne l'anémie générale primitive, à l'instar de M. Roche, M. Andral insiste particulièrement sur l'anémie des mineurs d'Anzin. Il ne fait que glisser pour ainsi dire sur cette anémie primitive

Mais en s'occupant des caractères anatomiques de cette maladie, M. Roche dit qu'à l'ouverture des corps on trouve les vaisseaux sanguins vides de sang et les chairs décolorées.....

que l'on trouve à chaque pas dans la pratique, *quand on la cherche*. Ce n'est pas même à celle-ci qu'on doit rapporter celle qui, selon lui, « peut survenir sans le concours d'une cause *appréciable*, et dont il dit avoir constaté l'existence sur le cadavre de quelques individus morts hydropiques, chez lesquels, d'ailleurs, n'existait aucune lésion des solides reconnaissable par nos moyens d'observation. »

Passons à la chlorose. Sans doute la doctrine de M. Andral sur la *nature* de la chlorose n'était pas celle qu'il formula une douzaine d'années plus tard, après les belles recherches d'hématologie auxquelles il se livra, de concert avec M. Gavarret. Mais le passage suivant montrera que déjà notre illustre collègue se séparait avec éclat de ceux qui rapportaient divers désordres fonctionnels observés dans cette maladie à des *irritations*, à des congestions sanguines, etc.

« S'il est *vrai*, dit-il, que la chlorose n'est *souvent* que le résultat d'un défaut de sanguification convenable, *défaut dont la cause peut ne résider que dans le système nerveux*, sera-t-on fondé à rapporter ces désordres fonctionnels si variés, tels qu'accès épileptiformes, chorée, dyspnée, palpitations, vomissements, etc., à des irritations, à des congestions sanguines? Ne sera-t-on pas, au contraire, plus près de la vérité en rapportant souvent ces différents phénomènes morbides à la même cause qui leur donne naissance chez des individus devenus anémiques par privation d'aliments, de soleil ou d'un air convenable? Combien alors les émissions sanguines, employées pour combattre une irritation qui n'existe pas, n'aggraveraient-elles pas un mal qu'elles ont pour but de détruire! Chez plusieurs de ces filles chlorotiques, *stimulez au contraire le système nerveux par les émotions physiques et morales du mariage*. Une meilleure coloration de la peau annoncera le rétablissement normal de l'hématose; et, à mesure que, sous l'influence de la nouvelle modification du système nerveux disparaîtra l'anémie, à mesure aussi disparaîtront ces difficultés de respirer, ce malaise constant, ces fatigues spontanées, ces digestions laborieuses, ces gastralgies, ces vomissements, ces tympanites, ces mines décolorées, *ces nombreuses*

et bizarres névroses qui semblaient plus ou moins liées à de véritables altérations organiques. »

La chloro-anémie a pour ainsi dire complétement échappé à deux des plus grands observateurs modernes, Laënnec et Lallemand : et cependant, circonstance vraiment singulière! l'un a décrit des bruits anormaux des artères, dont la *chloro-anémie* est la cause *physique*, *matérielle*, et l'autre a fait un ouvrage des plus remarquables sur les pertes séminales, sur la spermatorrhée, maladie qui ne se présente jamais, à un très haut degré, sans être accompagnée d'un état *chloro-anémique* des plus caractérisés.

Dans son *Traité de l'inflammation*, publié en 1827, M. Tommasini, le Broussais de l'Italie, enseignait que la chlorose, dans le plus grand nombre des cas du moins, consiste dans une *angéite lente*, opinion qu'il n'a pas craint de soutenir encore quinze années plus tard, c'est-à-dire lorsque l'école française nouvelle avait fait la plus éclatante justice d'une pareille doctrine. Le dernier travail de M. Tommasini a pour titre : *De l'artérite lente, considérée comme cause de maladies diverses, en particulier de la* CHLOROSE, *des hydropisies, etc., et de son traitement* (1).

III. Ce qui précède suffit pour donner une idée suffisante de l'état de la science sur la chlorose et l'anémie, jusqu'aux

(1) Le travail de l'illustre professeur italien fut inséré, en 1844, dans les *Annales de thérapeutique médicale et chirurgicale et de toxicologie*, publiées par M. le docteur Rognetta.

Dans ce travail, l'auteur ne se contente pas de rapporter à une artérite lente les *palpitations des artères*, qu'on observe chez les chlorotiques. Il en fait autant pour les phénomènes hypochondriaques ou hystériques, et quelques dérangements graves de l'estomac et du système nerveux, qu'il est également si commun de rencontrer chez les sujets chlorotiques et anémiques.....

Il était trop facile, ajoute-t-il après avoir parlé des phénomènes qui se produisent à la suite de maladies hémorrhagiques ; il était trop facile, *et il dirait presque trop vulgaire*, d'attribuer ces symptômes à la faiblesse, à l'atonie causée par le sang perdu.

Comme tous les systèmes pathologiques influent nécessairement, ainsi

trente dernières années qui viennent de s'écouler. J'avoue très humblement que, pour ma part, mes connaissances sur ces états morbides se réduisaient à bien peu de chose avant les années 1831 et 1832! C'est par une voie, au premier abord bien détournée, que je fus conduit à m'occuper d'études cliniques sur la chlorose et l'anémie, lesquelles, depuis vingt-sept ans passés, n'ont cessé un seul jour d'être l'objet de mes études. Je suis heureux, messieurs, et vraiment je m'enorgueillis de pouvoir rattacher ces études à la grande découverte de Laënnec, ce demi-dieu de la médecine moderne, comme je puis y rattacher aussi mes recherches sur l'endocardite et la péricardite rhumatismales. En effet, c'est en me livrant à l'*auscultation* des bruits du cœur et des artères, à l'état normal et anormal, que j'ai découvert les premières données sur lesquelles reposent les doctrines que j'ai publiées plus tard sur les maladies que je viens de nommer, ainsi que sur les états chlorotique et anémique.

Mes premières recherches sur ces états morbides furent exposées dans un Mémoire que je lus en 1833 à la Société médicale d'émulation, puis insérées dans le tome XI du *Journal hebdomadaire de médecine*, et enfin publiées dans le *Traité clinique des maladies du cœur* (éditions de 1835 et de 1841). Qu'il me soit permis d'en faire connaître le résumé.

Après avoir décrit les bruits de souffle continu, à double courant, le bruit de diable, le sifflement modulé ou chant des artères, etc., j'exposais en ces termes, les conditions *générales* et *constitutionnelles* des individus chez lesquels on rencontre les bruits artériels dont il s'agit.

« Le plus grand nombre des sujets chez lesquels j'ai fait mes premières recherches sur le *bruit de diable* et le *sifflement modulé* des artères, étaient de jeunes femmes chlorotiques, *dont plusieurs* nous avaient été adressées *comme étant atteintes*

que l'a dit Bichat, sur la thérapeutique, on ne sera pas surpris que le célèbre médecin italien ait proposé, lui aussi, pour combattre la chlorose, un traitement antiphlogistique ou contro-stimulant, ayant pour éléments les *saignées*, les limonades minérales, les boissons salines, l'aloès, le fer, les contre-stimulants, la scille, etc., etc.

d'une maladie organique du cœur qui n'existait réellement point... On trouvera, dans le cours de cet ouvrage, toutes les données nécessaires pour éviter désormais une semblable erreur de diagnostic, qui ne serait commise qu'au grand préjudice des malades.

» Je ne vis d'abord aucune relation directe entre la chlorose et les bruits artériels dont il a été question ; mais trouvant ainsi, dans tous les cas de chlorose bien caractérisée, le *bruit de diable*, je finis, à la longue, par concevoir quelque liaison entre ces deux circonstances, et il vint enfin un moment où cette liaison me parut tellement étroite, que je n'hésitai point à prédire que l'on trouverait le bruit indiqué chez toute chlorotique nouvelle qui se présenterait. Plus de vingt fois l'expérience a confirmé cette prévison ; aussi m'arrive-t-il souvent de désigner le *bruit de diable* sous le nom de bruit artériel *chlorotique*.

» Quoi qu'il en soit, après avoir suffisamment constaté ce rapport de cause à effet entre l'état chlorotique et le bruit de souffle continu ou de *diable*, etc., je me suis dit : Si ce rapport est aussi réel que je le pense, il s'ensuit que le bruit indiqué devra se rencontrer chez ces hommes pâles, nerveux, *délicats*, et qui ne sont véritablement bien souvent, comme je l'ai déjà dit, que des *chlorotiques* du sexe mâle. Or, c'est précisément ce que des faits assez nombreux vinrent confirmer. Tel était, par exemple, le cas de ce jeune homme, que je vis avec M. le docteur Garnier, et dont les artères carotides, sous-clavières et axillaires roucoulaient et sifflaient avec une force extraordinaire. Ici, d'ailleurs, je pouvais invoquer d'avance les faits recueillis par Laënnec lui-même. En effet, cet illustre observateur n'a point signalé l'état chlorotique proprement dit, comme la condition de son *bruit de souffle sibilant et musical*. Mais n'a-t-il pas remarqué que ce phénomène est tres commun, à un léger degré, chez les hypochondriaques et les femmes hystériques, ainsi que chez les jeunes gens délicats, irritables, sujets à des hémorrhagies?

Ce nouveau fait de rapport étant bien constaté, je me dis encore : Chez tous les sujets où nous avons jusqu'ici constaté le

bruit de diable et ses diverses nuances, quelle est la condition *générale* ou *constitutionnelle* la plus remarquable, sinon un état de véritable *anémie*, ou du moins un état du sang où la partie séreuse prédomine sur la partie colorante (1) et l'élément fibrineux (état que le lecteur me permettra de désigner sous le nom d'*hydrémie*, pour éviter les circonlocutions)? Que, si cette condition est, comme on doit le présumer, sinon l'unique cause, du moins l'une des principales causes du *bruit de diable*, n'est-il pas probable que ce bruit doit exister chez les individus qui, à la suite de pertes de sang accidentelles, ou bien par l'effet de copieuses saignées et d'une diète en quelque sorte purement aqueuse, sont tombés dans un état passager, momentané, mais réel, d'anémie ou d'*hydrémie?* Or, les recherches que j'ai faites récemment sur ce sujet, ont converti en fait ce qui n'était encore qu'une question, ainsi que le prouveront des cas rapportés plus bas; et, comme pour que rien ne manquât à cette démonstration, on voit ce *bruit de diable accidentel* diminuer graduellement et finir par disparaître, à mesure que, sous l'influence du temps et d'une alimentation convenable, les sujets sortent de l'état d'*anémie* ou d'*hydrémie* dans lequel les circonstances indiquées plus haut les avaient plongés.

» Parmi les femmes *chlorotiques* et *hystériques* chez lesquelles nous avons entendu le bruit de diable, la *plupart* conservaient assez d'embonpoint, et quelques-unes étaient même grasses, bien que leur nutrition fût d'ailleurs vicieuse (de là le nom de *mauvaise graisse*, dont se sert le vulgaire pour caractériser l'état d'embonpoint qui se remarque dans les cas en question). Il m'a semblé (mais cette observation a besoin d'être vérifiée par de nouveaux faits) que les femmes très maigres, et dont les artères sont peu développées, présentent plus spécialement le *sifflement modulé*, l'espèce de bourdonnement d'insecte, tandis que le *ronflement de diable*, le *souffle diffus*, appartiennent plutôt aux femmes qui jouissent d'un certain embonpoint. Il est bon de savoir toutefois que, chez certaines femmes,

(1) C'est-à-dire les globules.

on trouve successivement, ou tour à tour, et le *bruit de diable*, proprement dit, et ces espèces de *chants grossiers*, *monotones*, *que fredonnent les artères* (1). »

Dans la *Clinique médicale* que je publiai en 1837, je revins, avec de nouveaux développements, sur le sujet qui nous occupe dans ma cinquième classe des maladies, savoir celles qui consistent essentiellement et foncièrement en une altération de l'hématose ou de la sanguification (lésions du sang [2]). En effet, le chapitre Ier est consacré à la *chlorose*, à l'*anémie* et à l'*hydrémie*.

A cette époque, l'opinion que la *chlorose* est une maladie qui affecte exclusivement le sexe féminin était encore tellement dominante que je ne l'attaquais pas moi-même sans quelques ménagements et que j'en restreignais beaucoup trop la fréquence (3). Mais le moment n'était pas éloigné où mon expérience, se complétant et se perfectionnant chaque jour, je pourrais atteindre à la vérité tout entière. En attendant,

(1) Dans l'article consacré à la théorie des bruits anormaux artériels, j'ai rappelé et essayé de réfuter l'opinion de Laënnec, qui avait attribué ces bruits à une cause purement *vitale*, à un ÉTAT VITAL particulier des artères, pour me servir des propres expressions de ce grand et immortel observateur. « Cessons, dans l'intérêt des lois *vitales* proprement dites, de les invoquer là où elles ne sont pas applicables, et n'allons pas, disais-je, par un système de *vitalisme* mal entendu, ravir à la médecine l'un de ses plus beaux priviléges, celui de lever pour ainsi dire une ample contribution de lumières sur les sciences physiques, et de s'enrichir de leurs conquêtes. Sans doute il faut procéder avec sagesse aux applications des connaissances physiques aux phénomènes de l'économie vivante, etc. » On voit que M. Gibert n'est pas le seul qui, à l'occasion de la *chloro-anémie*, ait soulevé une discussion de *vitalisme* et d'*organicisme*.

(2) Je commençais l'étude de cette classe de maladies par la phrase suivante : « Abstraction faite de certaines maladies purement mécaniques, il n'est presque aucune affection, soit GÉNÉRALE, soit locale, soit aiguë, soit chronique, dans laquelle on ne puisse admettre, et le plus souvent démontrer, l'existence de quelque altération du sang, tant dans sa *quantité* que dans ses *qualités*, et les *proportions* des divers éléments dont il est composé. »

(3) Ainsi, par exemple, après avoir bien signalé les caractères qui rap-

voici ce que je disais : « Quand on aura déterminé par des recherches *chimiques*, plus rigoureuses encore que celles trop peu nombreuses faites jusqu'à présent, les différences qui distinguent le sang des *chlorotiques* du sang normal, il sera plus facile de tirer une ligne de démarcation bien saillante entre la chlorose et la simple anémie. »

Dans notre *clinique*, la diminution de *densité du sang* est, d'ailleurs, formellement proclamée comme une cause certaine de la production des diverses espèces de souffle continu ou de *bruit de diable* des artères. Bien plus, on y trouve des recherches *aréométriques* au moyen desquelles on a déterminé le degré de densité du sang auquel correspond l'apparition des bruits dont il s'agit. En voici le résumé, tel que MM. Babinet, Renauldin fils (mort malheureusement peu de temps après), élèves externes, le rédigèrent sous mes yeux :

prochent entre elles l'anémie, l'hydrémie et la chlorose, j'insistais ensuite sur les caractères qui les distinguent, surtout dans les cas bien caractérisés. Or, parmi les caractères distinctifs de la chlorose *bien conditionnée, proprement dite*, je plaçais celui-ci : savoir qu'elle affecte presque exclusivement le sexe féminin, tandis que l'anémie pure et simple et l'hydrémie peuvent se rencontrer également chez l'homme et chez la femme. Toutefois j'avais grand soin d'insister sur ce point que la chlorose, contrairement à l'opinion universellement reçue, n'affectait pas exclusivement le sexe féminin, et je disais très explicitement qu'*il est quelques cas où l'on observe réellement, chez de jeunes sujets du sexe masculin, les caractères pathognomoniques de cette maladie*. D'ailleurs, on peut voir que dans 16 cas de chlorose, d'anémie ou d'hydrémie, rapportés alors, on en trouve 5 chez les individus du sexe masculin. De ces 5 cas, 3 sont désignés à l'article DIAGNOSTIC, sous ces titres : *état semi-chlorotique, état chloro-anémique*.

Il est bon de noter que ces 16 cas, recueillis pendant un *semestre* de clinique, ne comprenaient pas les cas relatifs aux états anémique, chlorotique, hydrémique, *secondaires*, symptomatiques, ainsi que cela est expressément déclaré dans le chapitre en question. On y fait remarquer que ces derniers cas, en très grand nombre, ont été rapportés dans les chapitres consacrés à l'histoire des maladies dont ces états constituaient un des éléments *secondaires consécutifs*.

Qu'on n'oublie pas qu'il s'agit ici d'un ouvrage publié en 1837.

1° Le *bruit de diable* s'est manifesté dans 7 des 13 cas du résumé, lorsque la densité du sang a été de 5 degrés 1/2 de l'aréomètre de Baumé; 2° dans 4 cas, le *bruit* ne s'est fait entendre qu'à une densité de 5 degrés 1/4 (3 fois), 4 degrés 1/4 (1 fois); 3° chez 2 des 13 malades, au contraire, le bruit a été entendu, la densité du sang étant chez l'un de 5 degrés 3/4, et chez l'autre de 6 degrés 1/4 (1).

Au reste, dans mon résumé général des 16 cas de chlorose, d'anémie et d'hydrémie, je fais remarquer que nul de nos malades n'ayant été saigné (la saignée est contre-indiquée, disions-nous, dans la chlorose pure et simple), nous n'avons pu faire aucune recherche sur l'état de leur sang. A cette époque, M. Lecanu, et MM. Andral et Gavarret, n'avaient pas encore publié leurs importantes recherches sur les changements *précis* qui se rencontrent dans les proportions des éléments du sang dans la chlorose. Pour notre compte, nous nous étions borné à dire que la proportion des principes qui constituent le caillot par rapport au sérum a plus ou moins diminué. Toutefois, dans une note, je mentionnais, sur la foi de *journaux allemands*, les analyses de M. Fœdisch sur le sang des chlorotiques, sans m'en constituer le garant. Il résultait de ces analyses que le chiffre du *cruor* sur deux chlorotiques n'était que 8 ou 9 et quelques fractions chez 2 chlorotiques, tandis qu'il s'élevait, dans 4 cas de jeunes hommes sains [2] et de jeunes femmes saines [2] à 13 et 15 chez les jeunes hommes, et 12 et 14 (je néglige toujours les fractions) chez les jeunes femmes. Ce résultat est conforme, *au fond*, à ceux obtenus plus tard par M. Lecanu, par MM. Andral et Gavarret, Becquerel, etc. Mais, dans ses analyses, M. Fœdisch signale une énorme diminution du chiffre proportionnel de la fibrine, ce qui est démenti par les recherches des observateurs que nous venons de citer.

En ce qui concerne le diagnostic *exact* des états chlorotique

(1) Cette diminution de densité du sang avait été la suite de saignées pratiquées dans des cas dont on trouvera l'énumération au chapitre de notre clinique, déjà indiqué.

et anémique, voilà ce que j'écrivais déjà à cette époque qu'il m'est permis d'appeler reculée : « Je puis affirmer qu'il n'est guère de jour, ou du moins de semaine, où je n'aie occasion, depuis trois ou quatre ans, de constater des erreurs qui se commettent à cet égard. Les uns considèrent comme purement nerveux les divers phénomènes que présentent les sujets chlorotiques ou anémiques ; les autres rapportent à une foule de lésions organiques ou de phlegmasies chroniques les phénomènes dont il s'agit, et de là tant de *maladies organiques* du cœur, par exemple, qui n'ont d'autre existence que celle qu'elles doivent à une grave erreur de diagnostic (par une sorte de compensation malheureuse, que de véritables lésions *organiques* du cœur et d'autres organes sont considérées comme de simples maladies nerveuses !). »

J'ai, si je ne m'abuse, suffisamment montré, dans l'ouvrage que je me permets de rappeler, par quelles données séméiologiques on pouvait éviter des erreurs aussi universellement commises, et, parmi ces données, je dus insister sur celles qui avaient le rapport le plus direct avec l'état chloro-anémique considéré en lui-même, à savoir, les divers signes fournis par l'exacte exploration de l'appareil sanguin. Au premier rang des signes puisés à cette féconde source figuraient les divers bruits anormaux des artères (1), après avoir

(1) Citons un passage à ce sujet : « Dans la chlorose et l'anémie, on rencontre un bruit de souffle continu, musical ou non dans les artères (spécialement les carotides et les sous-clavières). Je crois devoir insister sur ce phénomène, parce qu'il fournit une donnée séméiogique d'une grande valeur, et trop généralement négligée encore aujourd'hui. Telle est la portée de ce phénomène, que par cela même qu'il existe à un haut degré, on peut affirmer qu'il existe aussi un état chlorotique ou anémique, et réciproquement. Ceux qui assistent habituellement à ma clinique peuvent dire combien de fois ils m'ont vu annoncer ainsi d'avance l'existence d'un bruit de diable dans les artères, chez les sujets qui, au premier coup d'œil m'avaient offert les signes *extérieurs* de la chlorose ou de l'anémie, sans que jamais le diagnostic se soit trouvé en défaut. Tout récemment, un fait exceptionnel semblait s'être rencontré : j'avais annoncé l'existence d'un *bruit du diable* chez une jeune femme d'un teint pâle, tirant un peu

ajouté qu'un léger souffle du cœur, synchronique à la systole, accompagne assez ordinairement le bruit de diable des artères dans les cas de chlorose bien caractérisée.

Je rapporte brièvement les autres symptômes observés chez nos chlorotiques et nos anémiques. Je termine l'article du diagnostic en faisant remarquer que, pour ne pas confondre les désordres fonctionnels purement *nerveux* ou *dynamiques* des différents viscères observés chez les malades dont il s'agit avec ceux qui appartiennent aux lésions *organiques* de ces mêmes viscères, il suffit d'explorer attentivement ces derniers, puisque, dans le cas de lésions *organiques*, on rencontre des signes *physiques* qui manquent dans les cas de chlorose et d'anémie, signes physiques qui seuls méritent ici le nom de *pathognomoniques*.

Passant ensuite au résumé de nos observations sous le rapport du traitement, je commençais par déclarer que nous nous étions sévèrement abstenus de pratiquer des émissions sanguines, comme cela était si souvent arrivé à d'autres médecins. Nous notions en particulier que des saignées avaient été pratiquées chez la plupart de nos chlorotiques, avant leur entrée à l'hôpital. Il y a, disions-nous, contre-indication positive et pour ainsi dire *matérielle* à la saignée, dans de pareils cas. Si même la transfusion du sang était une méthode avouée par la saine expérience, c'est à elle, au contraire, qu'il faudrait avoir recours, moyen qui serait évidemment le remède par excellence de l'anémie pure et simple.

Tant que les praticiens, émules en cela de quelques malades, prendront pour des signes de *pléthore* les bouffées de

sur le jaune, ayant toutefois les pommettes assez vivement colorées, et offrant ainsi ce que je désigne assez souvent sous le nom de teint et de visage *chlorotique*. On me répliqua que ce bruit avait été vainement cherché, et que, pour cette fois, le diagnostic était en défaut. J'auscultai sur-le-champ, et je trouvai dans la carotide droite un magnifique bruit de diable, qui fut entendu par un grand nombre des assistants, et en particulier par la personne aux premières recherches de laquelle ce phénomène avait échappé. »

chaleur et de sang qui montent au visage de ces derniers, les battements, quelquefois très violents, des artères, les palpitations, les étourdissements, etc.; tant qu'ils n'auront pas bien appris à distinguer les maladies vraiment *organiques* des affections qui les simulent, sous le rapport de certains rapports dynamiques, les émissions sanguines continueront malheureusement à être employées dans la chlorose pure et simple, et la saine pratique en gémira.

« Faisons donc, disais-je en finissant, faisons donc de nouveaux efforts pour perfectionner le diagnostic, et répétons sans cesse que c'est dans l'usage de plus en plus répandu des méthodes physiques ou exactes d'observation que gît pour ainsi dire tout entier le progrès en pareille matière. »

IV. Depuis vingt-deux ans que la *Clinique médicale* a été publiée, il ne s'est pas écoulé un seul jour où je n'aie rencontré plusieurs nouveaux exemples des erreurs dont il vient d'être question. Ce qu'il y a de singulier, je dirais presque de plaisant, de comique, c'est que bien des médecins qui tombaient dans ces erreurs, ne s'imaginaient pas le moins du monde que je me fusse jamais occupé des états chlorotique et anémique. Combien de centaines de malades ne sont-ils pas venus me consulter pour des maladies organiques du cœur ou d'autres viscères, qui ne m'en offraient aucuns signes, et chez lesquels je ne rencontrais qu'une chloro-anémie, avec un cortége de phénomènes nerveux plus ou moins prononcés. Hé bien! parmi ces malades, il s'en trouvait un bon nombre qui, tout étonnés de me voir leur prescrire des préparations de fer, un régime substantiel, et de renoncer aux saignées générales ou locales qui leur avaient été pratiquées, s'écriaient : « Mais, on nous avait dit : N'allez pas chez M. Bouillaud, il vous fera saigner! » Combien n'ai-je pas vu de médecins mêmes, de femmes, de filles ou de fils de médecins qui se trouvaient dans le même cas que les malades dont je viens de parler, et que j'ai eu le bonheur de guérir! Un de ces confrères dont j'avais guéri la femme, sans la connaître autrement que par voie de consultation épistolaire, et que l'on croyait par erreur atteinte d'une grave maladie organique du cœur; ce confrère,

dis-je, ignorait à tel point ce que j'ai écrit sur la chlorose et l'anémie que, dans l'espèce d'enthousiasme où l'avait jeté la guérison de sa femme, il m'écrivait que c'était un grand malheur que mes doctrines, sur le genre de maladie dont cette dame avait été atteinte, n'eussent pas été publiées, et il me suppliait de m'en occuper. Un autre auquel j'avais eu occasion de faire doucement sentir qu'il paraissait ignorer ce que j'avais écrit et enseigné sur la chlorose et l'anémie, me répondit avec autant de vivacité que d'esprit : « Je ne me serais jamais douté que l'auteur de la formule des saignées coup sur coup se fût occupé de chlorose et d'anémie. » Que d'autres plaisantes histoires du même genre je pourrais raconter !

Ce n'est pas seulement en France, mais aussi, et plus encore peut-être, dans toutes les autres contrées de l'Europe, que de graves erreurs ont été commises par défaut de connaissances suffisantes sur les états anémiques et chlorotiques, depuis la publication des travaux dont je viens de parler.

Rasori, en Italie, a dénoncé pour ainsi dire des erreurs de cette espèce, dans le curieux appendice qu'il a placé à la fin de son ouvrage sur la Phlogose (traduit en français par Sirus-Pirondi, en 1839). On y lit deux séries d'observations intitulées : 1° *Histoires* de maladies considérées et traitées comme inflammatoires, amenées à la dernière extrémité par un traitement antiphlogistique, et guéries par un traitement stimulant ; 2° *Histoires* de maladies qu'on a cru inflammatoires, tandis que le cadavre n'a offert aucun signe d'inflammation. Parmi les trente sujets de ces observations, il en est qui ont été saignés jusqu'à DIX-HUIT FOIS, sans préjudice d'applications plus ou moins répétées de sangsues, pour des maladies inflammatoires qui n'existaient pas ! ! !

Un bon nombre des malades dont il s'agit appartenaient sans doute à l'innombrable famille des chloro-anémiques ; et cependant, dans le long appendice que Rasori leur a consacré, les noms de chlorose, d'anémie, de chloro-anémie ne sont pas une seule fois prononcés ! à leur place, on lit les mots de *contro-stimulus*, d'*asthénie*, de *capacité morbide*, etc. !

On n'a pas oublié ce que nous avons dit précédemment

des doctrines erronées de Tommasini sur la nature de la chlorose et sur son traitement.

Je termine cette seconde partie en regrettant que le temps ne me permette pas maintenant de passer en revue les travaux de ceux de mes confrères qui, depuis l'époque où j'ai commencé les miens, ont plus ou moins contribué aux progrès de nos connaissances sur l'anémie, la chlorose et l'hydrémie. De ces confrères, il en est qui siégent sur les bancs de cette Académie, MM. Andral et Gavarret entre autres. Ce serait une insigne bonne fortune pour nous tous, messieurs, que de les voir à cette tribune exposer les résultats de leurs belles recherches.

Quant à moi, je le déclare, ma principale, je dirai presque mon unique intention, a été de saisir une occasion, qui s'est présentée, pour montrer que je ne suis pas resté complétement étranger aux progrès de nos connaissances sur la chloro-anémie, ainsi que l'ont pensé et le pensent encore bien des personnes, grâce à la manière dont aujourd'hui, comme dans tous les temps, on se plaît à écrire l'histoire :

Et voilà justement comme on écrit l'histoire!

Troisième partie. — Il s'agit maintenant de bien définir le double élément dont se compose la chloro-anémie, et de déterminer aussi rigoureusement que possible, les rapports de cet état pathologique avec la *surexcitation nerveuse*, le *nervosisme*, la *cachexie nerveuse*, expressions du rapport, auxquelles j'aurais pu ajouter celle d'état d'*éréthisme nerveux*, dont je me sers assez volontiers, si je n'avais réfléchi que ce n'est pas ici le cas de répéter : *quod abundat non vitiat*. En même temps, nous aurons occasion de nous occuper du diagnostic différentiel des *phénomènes nerveux purs et simples* ou des *névroses* et des affections soit chroniques-organiques, soit inflammatoires.

I. Par *anémie* proprement dite, j'entends une diminution plus ou moins notable de la masse normale du sang, sans que la proportion des différents principes immédiats de ce grand

liquide, de cette humeur éminemment vitale ou vivifiante, soit nécessairement changée.

Je désigne, au contraire, sous le nom particulier de chlorose, une diminution plus ou moins considérable dans la somme normale de cet élément du sang, connu sous le nom de globules, la quantité des autres éléments restant la même ou à peu près. Il y a loin, comme on voit, de cette définition de la chlorose à celles de Grimaud, de M. Roche, de Tommasini et de tant d'autres.

Je donne enfin le nom de chloro-anémie à l'état dans lequel il existe à la fois une diminution de la masse normale du sang, et une diminution de la proportion des globules dans la masse du sang diminuée elle-même.

II. Quels sont les rapports de cet état chloro-anémique si fréquent, avec la *surexcitation* nerveuse, le *nervosisme*, etc., état avec lequel on le trouve à un degré plus ou moins prononcé constamment réuni (1). Ne s'agit-il que d'un simple rapport de coïncidence? S'agit-il, au contraire d'un rapport de cause à effet? Un tel problème, dont l'importance ne saurait échapper à personne, n'est pas de ceux dont la solution ne présente aucune difficulté. Nous avons vu, dans la première partie de ce discours, quelle était la doctrine de M. Gibert à ce sujet. Il ne nie pas absolument un rapport de cause à effet entre l'état chloro-anémique et la surexcitation ou *cachexie nerveuse*. Mais il trouve qu'on a exagéré ce rapport, et il penche à considérer la surexcitation nerveuse comme étant le plus souvent indépendante de l'état chloro-anémique. Ni le temps ni le lieu ne me permettent d'entrer dans tous les développements nécessaires pour résoudre complétement une question aussi compliquée. Je m'en tiendrai à des considérations sommaires. Rappelons d'abord que, le

(1) Je ne dis pas, remarquez-le bien, qu'on ne puisse trouver des accidents nerveux, des *névroses*, sans état chloro-anémique, ce serait commettre une erreur. Il est bon d'ajouter néanmoins qu'il est assez rare de rencontrer les principales névroses elles-mêmes, telles que l'hystérie et l'hypochondrie, complétement dégagées d'un élément chloro-anémique.

sang étant le *modérateur* normal et comme le frein naturel du système nerveux (Hippocrate), un état plus ou moins marqué de surexcitation nerveuse est une conséquence en quelque sorte forcée de la chloro-anémie (1). Il est bien certain, d'ailleurs, que, chez un bon nombre de chlorotiques ou chloro-anémiques, les symptômes nerveux sont subordonnés à l'état anormal du sang, puisqu'ils disparaissent en quelque sorte comme par enchantement sous l'influence des moyens directs et spéciaux par lesquels on guérit cet état. Toutefois, n'exagérons rien, et reconnaissons, comme nous l'avons déjà fait plus haut, que, dans un certain nombre de cas, les phénomènes nerveux des sujets chlorotiques ont, jusqu'à un certain point, une existence indépendante, qu'ils sont même quelquefois antérieurs à l'état chloro-anémique, qu'ils peuvent persister après que celui-ci a disparu, et qu'il est même des névroses qui peuvent produire ou concourir du moins à produire la chloro-anémie. Hâtons nous d'ajouter que la chloro-anémie venant à se greffer ainsi quelquefois sur des névroses préexistantes, ne manque jamais d'en aggraver les phénomènes ou les accidents.

III. Quels que soient les rapports des phénomènes nerveux avec la chloro-anémie, qu'ils soient *primitifs* ou *consécutifs*, etc., il nous reste maintenant à montrer comment on peut distinguer les cas dans lesquels ils existent *seuls* de ceux dans lesquels ils coïncident avec des lésions chroniques-organiques, ou bien avec des phlegmasies. On est vraiment un peu honteux d'avoir à s'occuper sérieusement aujourd'hui d'une telle distinction.

Les phlegmasies bien caractérisées déterminent dans les solides et dans les liquides des altérations qui manquent toujours dans les *névroses* proprement dites, et nos méthodes

(1) N'oublions pas de noter que les phénomènes de ce genre n'empêchent pas qu'on ne rencontre les signes les plus éclatants de ce qu'on appelle la *faiblesse*. On connaît assez l'indolence générale des chlorotiques, et particulièrement leur paresse musculaire, leur répugnance pour les exercices musculaires, à quelques-uns desquels ils ne peuvent se livrer sans se *trouver mal*, ou être menacés de se trouver mal, etc.

d'exploration, bien appliquées, nous permettent toujours de parvenir à la connaissance de ces altérations. 2° Dans les *maladies chroniques organiques*, il existe également des lésions physiques, matérielles, qui manquent absolument dans les névroses, et que nos méthodes exactes d'observation font reconnaître avec une extrême facilité, à quiconque sait en faire un bon usage. La différence de pronostic est grande, on le conçoit, selon qu'il s'agit de *pures névroses* ou de phénomènes nerveux associés à des lésions chroniques organiques, chez les sujets *chloro-anémiques*. Toutefois, la chloro-anémie par elle-même n'est pas toujours exempte de danger, et nous allons terminer notre troisième partie, en insistant sur la gravité de cette maladie, même dans des cas où il n'existe aucune lésion chronique organique concomitante.

IV. Portées à un degré extrême, l'anémie et la chlorose *primitives* (l'anémie proprement dite plus spécialement) deviennent des maladies très sérieuses et peuvent même amener la mort, laquelle, dans un certain nombre de cas, survient d'une manière subite. Pour que la vie s'entretienne, en effet, il faut une certaine quantité de sang, dose au-dessous de laquelle la vie s'éteint, en quelque sorte, comme la flamme d'une lampe dans laquelle l'huile vient à s'épuiser.

J'ai déjà signalé, dans ma *Nosographie médicale*, cette terrible catastrophe. Mais, depuis douze ans passés que cet ouvrage a été publié, j'ai vu malheureusement plusieurs nouveaux exemples de ce genre de mort subite, sur lequel on chercherait bien vainement des recherches dans les ouvrages de nos prédécesseurs. Ces exemples de mort subite, moins rares peut-être qu'on ne serait porté à le croire au premier abord, sont confondus, quand ils arrivent, avec les autres cas de mort subite. Et comme, pour que rien ne manque aux erreurs dont la chlorose et l'anémie ont été l'inépuisable sujet, j'ai vu de ces cas de mort subite qui étaient attribués à une attaque d'apoplexie, à une congestion sanguine, etc. Il ne s'est guère passé d'années depuis que mon attention s'est fixée sur ce genre de mort subite, sans que j'aie eu connaissance de quelques personnes chez lesquelles elle a eu lieu. Elle frappé

particulièrement sur de jeunes filles nubiles, ou sur de jeunes personnes récemment mariées, parmi lesquelles quelques-unes relèvent de couches.

Je me rappelle en ce moment quatre cas que j'ai rencontrés dans l'espace de moins de deux ans. Voici le *premier cas*. J'assistais à cette opération de *récurage* ou de *grattage* de l'intérieur de l'utérus, pratiquée par M. Récamier, chez une dame de mes compatriotes (madame Gan....). Le mari de cette dame me consulta pour sa fille, âgée d'une vingtaine d'années, qui m'offrit les signes de la chloro-anémie la plus avancée, et chez laquelle on craignait une maladie du cœur, qui n'existait réellement point. Cette jeune personne ne mangeait presque absolument rien, ainsi que cela n'est que trop commun en pareil cas. J'insistai sur l'indispensable nécessité d'une alimentation substantielle: je ne fus point assez heureux pour être écouté. Peu de semaines après, il arriva ce que j'avais annoncé au père comme accident possible: cette demoiselle mourut subitement en se mettant à table. — Le *second cas* est relatif à la fille de M. J... (de Paris), auprès de laquelle j'avais été appelé en consultation avec mon cher collègue et ami M. le docteur Blache. Comme chez la précédente, des palpitations violentes avaient fait craindre une affection organique du cœur. Il n'en était rien. Ces palpitations tenaient à un état chloro-anémique des plus prononcés. Comme la précédente encore, cette infortunée demoiselle ne voulut point se soumettre au régime substantiel que nous avions prescrit. Assez peu de temps après, M. Blache m'apprit qu'elle était morte subitement (1). — Dans le *troisième cas*, il s'agit encore d'une jeune personne de mon pays, fille de l'un de mes anciens condisciples, et à laquelle j'étais attaché comme si elle eût fait partie de ma famille. Chloro-anémique à un très haut degré, elle s'était mariée, et avait eu

(1) Depuis que ceci a été dit à l'Académie, M. Blache, auquel j'en parlais il y a quelques jours, m'apprit qu'une jeune chlorotique (mademoiselle d'il...), que nous avions également vue ensemble, et qui n'avait point voulu suivre notre traitement, avait eu le même triste sort que les précédentes.

deux enfants dans l'espace de deux à trois ans, ce qui l'avait bien fatiguée. Restée chlorotique malgré tous nos soins, elle venait, depuis quelques semaines, de commencer une troisième grossesse, avec fréquents vomissements. Un jour qu'elle venait de déjeuner, elle éprouva une défaillance et fut aussitôt placée sur son lit. On vint me chercher en toute hâte : j'étais absent. Mon gendre, M. le docteur Auburtin, accourt aussitôt auprès d'elle. Mais hélas! il trouve morte cette jeune femme qu'on croyait encore en syncope. — Dans le *quatrième cas*, il s'agit d'une dame de trente-cinq à trente-six ans, qui offrait un état chloro-anémique des plus prononcés, qui avait donné lieu à plusieurs erreurs de diagnostic, et complétement méconnu. J'eus beaucoup de peine à faire suivre un régime substantiel à cette dame, qui elle aussi avait une grande répugnance pour les viandes, et vomissait assez souvent. Je triomphai cependant, et au bout de quelque temps la santé s'améliora beaucoup. Mais on ne tarda pas à négliger mes conseils, et quelques semaines après que j'avais cessé de lui donner mes soins, on m'annonça que cette dame était morte subitement. A la même époque, je voyais une autre dame plus âgée (elle avait bien la cinquantaine), qui offrait également tous les phénomènes d'une chloro-anémie portée à un très haut degré, avec le cortége habituel d'accidents nerveux, qui avaient été pris pour des symptômes de maladies inflammatoires de divers organes et des viscères abdominaux en particulier, en raison de violentes douleurs abdominales et de vomissements fréquents. Je fus obligé de me rendre auprès de cette dame au moment de ses dîners, pour la forcer à manger, même après avoir vomi. Elle avait des défaillances et des demi-lypothymies qui m'inquiétaient beaucoup. Je parvins néanmoins, à force de persévérance, à la guérir, au grand étonnement de bien des personnes (1).

(1) Je n'ai pas besoin de dire que, dans les cas dont il vient d'être question, les préparations de fer et les autres éléments du traitement anti-chlorotique avaient été prescrits en même temps que le régime substantiel.

La catastrophe qui enlève ainsi, dans des cas heureusement très rares, surtout eu égard à l'inexprimable fréquence de la chloro-anémie, des personnes chloro-anémiques, n'est qu'une exagération de ces défaillances, de ces étourdissements, de ces vertiges, qui sont au nombre des signes constants, inévitables de l'état constitutionnel dont il s'agit. Qu'aujourd'hui, après toutes les connaissances acquises sur la chloro-anémie, tous les symptômes de cet ordre soient encore journellement rapportés à une congestion cérébrale, à une apoplexie imminente ou déjà accomplie, et que de telles erreurs de diagnostic soient commises par des médecins qui jouissent d'ailleurs d'une réputation méritée, c'est à n'y pas croire. Tel est pourtant bien le véritable état de la pratique médicale actuelle. Lorsque, tous les jours sans exception, je trouve parmi les malades qui viennent me consulter ou auprès desquels je suis appelé, comme parmi les malades de mon service de clinique à la Charité, cette chloro-anémie toujours présente, je suis tenté de m'écrier : *Chloro-anémie*, que me veux-tu ? et lorsque je constate que, malgré des recherches qui datent déjà de plus d'un quart de siècle sur les données exactes et certaines du diagnostic de cette maladie, je vois tant de médecins encore la méconnaître, et admettre, à sa place, des affections *organiques* ou inflammatoires purement imaginaires, je ne puis m'empêcher de leur appliquer ces paroles de l'Évangile : *Oculos habebunt et non videbunt; aures habebunt et non audient !*

— M. Piorry : Le mémoire de M. Bouchut, le travail de votre commission comprennent deux choses :

1° Une question de fait ;

2° Une question de dénominations qui, trop souvent, donne le change sur les faits.

Parlons d'abord des faits.

1° Existe-t-il un état particulier de l'organisme dans lequel ceux qui le présentent sont plus que les autres hommes disposés aux névropathies ?

Les mots généralement admis, tempérament nerveux, état nerveux, disposition nerveuse, répondent à cette question par

l'affirmative; la plus simple observation la confirme. Il est inutile d'insister sur cette vérité devenue triviale.

L'état nerveux étant admis, tient-il à une modification de la vie, est-ce un phénomène vital?

Ici commence la discussion. Il est vital en ce sens qu'il a lieu dans des organes vivants; il n'est pas vital si on le considère en dehors et indépendamment de l'organisation.

Les gens qui présentent cette disposition nerveuse, ont les attributs généraux que la physiologie a décrits sous le nom de tempérament nerveux, ou encore on la rencontre chez des femmes dont les organes sexuels, la partie de l'encéphale qui leur correspond, organisés d'une certaine façon, sont, ou très développés, ou ont une circulation active, ou encore éprouvent habituellement des souffrances nerveuses dont les causes sont ordinairement matérielles.

Dans toutes ces manières d'être, il existe à coup sûr des phénomènes organiques, et ce sont précisément ces circonstances organiques qui donnent lieu à cet état nerveux.

Vouloir l'expliquer par un modificateur du principe vital ou les propriétés vitales, c'est faire des hypothèses sans portée, qui ne rendent compte de rien et qui embrouillent tout. L'agent inconnu qui nous anime est la source de toute vie; or, il est un et ne peut pas être malade; par conséquent, il est impossible qu'il soit le point de départ des névropathies, et celles-ci ne peuvent être causées que par des modifications de l'organisme.

Cette disposition nerveuse constitue-t-elle une diathèse? Si l'on veut que le mot diathèse signifie une prédisposition organique, nous répondons: oui; mais comme le mot *diathèse* est vague et indéterminé, comme chacun l'interprête à sa façon et que l'on ne s'en sert guère que pour embrouiller les questions doctrinales les plus claires, il faut l'abandonner et ne pas permettre qu'on réponde par ce mot gréco-gothique à des questions véritablement scientifiques. Parfois l'état nerveux serait tout aussi bien une cachexie qu'une diathèse, puisqu'il est dans certains cas l'effet général de diverses affections locales.

Que résulte-t-il de ceci? Que l'état dit nerveux est organique. Car ce que l'on appelle innervation ne peut être entendu que de l'action fonctionnelle de l'ensemble organique dit système nerveux et de ses irradiations.

Maintenant qu'entend-on par névroses?

A Dieu ne plaise que je fasse ici des frais inutiles d'érudition sur le mot névrose, sur la classification de Pinel, sur les terminaisons en *ose* d'Alibert; prenons les choses où elles en sont pour la majorité des médecins. Les névroses, dit-on, sont des affections nerveuses, dont, après la mort, le scalpel ne trouve pas le siége.

Or, cela était bon à dire il y a quarante ans, mais n'est pas de mise en 1859.

D'une part, en effet, l'anatomie trouve très bien la raison anatomique de certaines aliénations mentales, de divers délires, d'un grand nombre de névralgies, de l'apoplexie, rangée d'abord par Pinel au nombre des névroses; de plusieurs cas d'angine de poitrine, de la plupart des paralysies, d'un grand nombre d'*aura epileptica;* elle fait voir que certains accès hystériques ont pour point de départ quelques parties de l'appareil génital ou angiove.

Si l'on me demandait de citer des faits à l'appui de ces allégations, j'en accumulerais de très nombreux et d'irrécusables.

Pendant la vie, certains phénomènes dits fonctionnels rapportés aux névroses sont de toute évidence complétement organiques. Le cercle lumineux et oscillant de la migraine irisalgique; les asthmes en rapport avec l'emphraxie bronchique ou avec le refoulement du diaphragme; le tétanos, conséquence terrible d'une plaie très douloureuse; les convulsions causées par la strychnine, la syncope due au défaut de circulation cérébrale, l'asphyxie (rangée jadis parmi les névroses), qui est due au défaut d'oxydation du sang, etc., toutes ces souffrances névrosiques ne sont point des affections sans matière, comme on le dit, mais bien des résultats de modifications matérielles survenues dans les organes.

Quant aux névroses où l'on n'a pas constaté de phénomène

anatomique, c'est tout simplement parce que l'on n'a pas su ou que l'on n'a pas pu les constater qu'on n'a pas reconnu ces dernières. Exemples : la chorée, certaines aliénations mentales.

Un grand nombre de ces névroses ont pour point de départ une oscillation, une vibration que le malade éprouve manifestement, et cela, bien qu'ordinairement le médecin ne puisse la découvrir. Cette vibration que j'ai appelée pallisme, à l'état physiologique ; pallie, à l'état pathologique ; que j'ai dénommée névropallie dans les nerfs et myopallie dans les muscles, est certainement un phénomène organique, moléculaire, quoique insaisissable ; tel est le frémissement que produit la compression d'un nerf ou l'électricité ; tels sont : le bourdonnement d'oreilles, l'image oscillante, l'irisalgie, le tremblement musculaire sénile, le tremblement et le frisson fébriles, etc., etc.

Dans toutes les souffrances qui viennent d'être énumérées, il y a bien des symptômes, dits nerveux, mais il s'y passe des actions moléculaires. D'un autre côté, lorsque l'on voit des délires spéciaux à chaque substance, être en rapport avec les influences diverses des agents matériels : oxyde de carbone, jusquiame, stramoine, digitale, morelle, nicotine, morphine, quinine, vins du Midi, vins de Champagne, alcool, etc. ; on est bien forcé de convenir que dans les névroses psychiques, il y a des phénomènes physiques ou chimiques que l'on ne voit pas, mais qui n'en existent pas moins.

Voyez donc l'abstinence causer le délire parce que le sang qui nourrit le cerveau est moins riche en principe réparateur ! Voyez l'hypoxémie ou asphyxie incomplète faire pâlir la raison ! ! ! Voyez une rate malade causer des accès intermittents avec des hallucinations et de la folie que guérit le sulfate de quinine, et convenez qu'il y a dans tous ces cas des lésions matérielles qui entretiennent le mal. L'érotomanie, à coup sûr, n'aurait jamais atteint Narsès ou Abeilard, pas plus qu'une femme sans ovaire et sans parties génitales n'aurait de nymphomanie. Et ils n'auraient pas ces névroses, parce que les organes qui en sont les points de départ n'exis-

tant pas, les névroses dont il s'agit ne peuvent fonctionner.

Non-seulement il ne peut y avoir de névroses dans le sens des auteurs, c'est-à-dire des troubles nerveux sans lésions matérielles, mais la classe des prétendues nevroses comprend des affections tout à fait dissemblables, et qui ont à peine de l'analogie.

Sous le rapport de leurs causes, y a-t-il quelque ressemblance entre la rage produite par un virus et l'épilepsie résultat de tant de phénomènes variés? Entre l'hystérie liée à des souffrances angioviques et l'angine de poitrine rapportée faussement au cœur? Entre la chorée dont les agents producteurs sont inconnus, et l'accès fébrile dû tantôt à une splénopathie, tantôt à une altération du sang?

Quant aux caractères symptomatiques des névroses, ils sont aussi variables que sont diverses les parties du système nerveux qu'elles affectent, et leur siége dans ce système nerveux est on ne peut plus différent dans chacune d'entre elles.

Le traitement des diverses névroses n'est en rien le même. Dans la rage, détruire la plaie envenimée; dans la folie, s'occuper principalement des moyens psychiques; dans la syncope, ramener du sang vers le cerveau; dans les symptômes dits apoplectiques, prévenir les congestions cérébrales ou les combattre; dans le délire alcoolique, administrer de l'ammoniaque; dans celui que causent les poisons, neutraliser ou évacuer ces corps délétères; dans l'asphyxie, rendre de l'oxygène au sang; dans les accès fébriles intermittents, administrer la quinine pour remédier aux splénopathies; dans l'hystérie, chercher à découvrir la lésion angiovique ou névropathique qui cause le mal, et y remédier s'il est possible, se conduire ainsi par rapport à l'appareil de la vision dans l'épilepsie, etc., etc. Dans tout ceci rien de semblable, rien qu'un phénomène primitif qui joue dans beaucoup de névroses le rôle principal, et qui, suivant moi, constitue le *quid ignotum* de ces affections. Ce phénomène principal est cette vibration, le plus souvent progressive, dont il vient d'être parlé, et qui a reçu le nom de névropallie.

J'étendrais trop ces remarques en en parlant ; je reviendrai sur cet important sujet dans une autre occasion. Qu'il me suffise de dire ici que le seul traitement rationnel commun à beaucoup de névroses est d'arrêter par des moyens actifs : pharmaceutiques, hygiéniques ou physiques, cette oscillation nerveuse maladive, qui donne lieu à des symptômes qui varient de caractères en raison des nerfs qui en sont le siége.

On a réuni sous le nom de spasmes beaucoup de symptômes qui constituent les névroses des auteurs. Cette expression *spasme* est encore plus vague que le mot *névrose;* elle ne désigne rien de précis, confond tout, et n'a eu d'autre avantage que de consacrer la réunion de substances les plus dissemblables dans leur composition et leur action sous le nom commun et sonore d'*antispasmodiques*. Les antispasmodiques ressemblent fort aux anticholériques, aux antibilieux, aux antiscrofuleux, aux antiphlogistiques et à toutes les autres catégories de médicaments *anti*, qui, prônés par des empiriques, ont été groupés d'une manière antilogique.

2° *Du mot névrosisme ou nervosisme proposé par M. Bouchut.* — Puisque le mot névrose ne désigne rien de précis, et ne se rapporte pas à un état déterminé et défini, ses composés, dans un langage correct, ne peuvent convenir. Personne plus que moi ne croit à l'indispensable nécessité de sortir de l'inextricable imbroglio des dénominations reçues en médecine, et de leur substituer des termes expressifs, significatifs et euphoniques, tels que ceux que les racines grecques permettent si bien de composer.

J'ai été tellement convaincu de cette vérité que cette conviction m'a souvent conduit à heurter l'opinion contraire de collègues que j'estimais, à compromettre des succès de concours et d'ouvrages, et, ce qui est pis, à être fréquemment d'avis opposé à celui d'une majorité que je respecte. Il a fallu bien du temps, bien des luttes pour que les principes de la nomenclature organo-pathologique aient été admis en partie ou même compris. Actuellement on sait bien qu'il ne s'agit pas ici de substituer des mots nouveaux de maladies aux anciens, mais de dénommer le plus clairement possible et sys-

tématiquement des états pathologiques déterminés. Or, c'est parce qu'il en est ainsi que je ne puis approuver le terme *névrosisme* ou *nervosisme* de M. Bouchut. Au premier abord, il semblerait que cette expression rentrerait dans le système de l'onomopathologisme; il n'en est rien. *Nevre* signifie *nerf*, il est vrai, et il est conforme à l'idée organique, mais *ose* est sans signification aucune, et par conséquent inutile.

Dans le génie de la langue française, *isme* entraîne l'idée de coordination régulière plus ou moins normale. Exemples : *mécanisme*, *monarchisme*, *ostracisme*, *népotisme*, *christianisme*, *paganisme*, *panthéisme*, *déisme*, etc., etc. C'est pour cela que, dans la systématisation proposée, j'ai terminé toute expression désignant une coordination fonctionnelle par la désinence *isme*. C'est là ce qui m'a permis de dire et d'écrire *angiairisme* (fonction régulière des organes de la respiration ou appareil respiratoire), *angiovisme*, *angiospermisme* (fonctions régulières de l'appareil génital de l'homme et de la femme), et ainsi de suite pour les autres coordinations fonctionnelles et organiques.

L'expression *névrosisme*, dans ce système comme dans le génie de la langue, signifierait une coordination régulière et normale, tandis que, dans le sens que lui donne son auteur, il faudrait exprimer par ce mot une collection disparate de phénomènes anormaux.

Ainsi, au point de vue de la linguistique, cette expression est mauvaise; mais ce serait encore un bien plus grand tort de l'accueillir au point de vue pathologique. Elle ne tendrait à rien moins, en effet, qu'à faire admettre l'existence ontologique d'un être spécial, individualisé, dit *névrosisme*, *génie névrosique*, *diathèse*, *cachexie névrosique*, et à faire rechercher des agents spécifiques ou autres propres à combattre ce névrosisme et les génies, les diathèses, les cachexies qui s'y rapporteraient, et cela au lieu d'étudier les circonstances organiques et pathologiques, qui font que tels hommes, tels organismes sont plus exposés que d'autres à être atteints d'une de ces affections auxquelles on a donné le nom de névroses.

Il résulte de ce qui précède que les conclusions que vous avez entendues sur le rapport de M. Bouchut ne peuvent être admises, et que tout en remerciant l'auteur de l'envoi de son travail, on doit laisser à lui seul, et sans approbation, la responsabilité de ses opinions et de l'expression *névrosisme* ou *nervosisme*.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Février 1859.
Recueil de médecine vétérinaire. Janvier.
La Revue thérapeutique du Midi. 31 janvier.
La Revue médicale française et étrangère. Janvier.
Le Progrès, 11 février.
Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 13.
L'Abeille médicale, n. 7.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, tome VI, n. 6.
Gazette médicale de Paris, n. 7.
La France médicale et pharmaceutique, n. 7.
L'Union médicale, n. 17 à 19.
Le Moniteur des hôpitaux, n. 17 à 19.
Gazette des hôpitaux, n. 17 à 19.
Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 6.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Son Altesse impériale le prince chargé du ministère de l'Algérie et des colonies, accuse réception du Rapport de la commission permanente des eaux minérales, sur l'établissement projeté des eaux d'Hammam-Mélouan (Algérie).

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur FOUQUET sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Saon (Drôme). — Un rapport de M. le docteur MAURIN, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans la commune de Saint-Jean-la-Poterie (Morbihan). — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Charente, de l'Aube, de l'Ariége et de la Haute-Vienne, en 1857. (*Commission des épidémies.*)

II. Le même ministre invite l'Académie à vouloir bien hâter le rapport qu'elle doit faire sur une pommade présentée par les demoiselles CLAUDEL. (*Commission des remèdes secrets.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur PETIT (de Maurienne) adresse à l'Académie quelques observations au sujet du rapport fait sur le travail intitulé : *Du renouvellement de l'air à la surface du globe*, etc. (*Renvoi* à M. Londe, *rapporteur.*)

II. M. le docteur DELABROSSE soumet à l'Académie la liste des vaccinations qu'il a pratiquées pendant les années 1857 et 1858. (*Commission de vaccine*).

III. M. le docteur Dugas (de Marseille) prie l'Académie de vouloir bien comprendre son nom dans la liste des candidats à la place de correspondant. (*Renvoi à la commission.*)

IV. M. E. Baudrimont, pharmacien en chef de l'hôpital Sainte-Eugénie, prie l'Académie de vouloir bien placer un pli cacheté dans ses archives. (*Accepté.*)

V. M. Berthé soumet à l'Académie, avec des échantillons à l'appui, une note sur le titrage de l'opium. (*Renvoi* à M. Boudet.)

VI. Observations médicales relatives à l'emploi de l'eau salée de la rivière de Salz, à Rennes-les-Bains, accompagnées de quelques considérations sur ses indications; par M. le docteur Cazaintre, inspecteur. (*Commission des eaux minérales.*)

VII. De la prétendue influence de la vaccine sur la production de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Marquez. (*Commission de vaccine.*)

VIII. M. le docteur Peixoto, en même temps qu'il rappelle ses titres à la place de correspondant étranger, soumet à l'examen de l'Académie une note intitulée : *Observation sur une hydrocèle à double sac, interne et externe.* (*Commissaires :* MM. Grisolle, Jobert et Larrey.)

IX. Recherches sur la production et la constitution chimique du lait sécrété par les vaches normandes pures, et par les vaches normandes croisées de Durham, par M. Eug. Marchand, pharmacien à Fécamp. (*Commissaires :* MM. Boullay, Poggiale et Boudet.)

—

MÉMOIRES DES PRIX.

Prix Amussat. — N° 1. Recherches expérimentales sur la production artificielle des os, au moyen de la transplantation du périoste, etc., par M. le docteur Léopold Ollier. — Des moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os; par le même.

Prix Capuron. — N° 2. Il ne s'agit pas aujourd'hui de décrier, de recommencer l'ouvrage de nos devanciers, mais de le perfectionner, en réunissant toutes les vérités éparses dans les différents systèmes. (Cousin, *Du vrai, du beau et du bien*, page 10.)

Prix de l'Académie. — N° 1. Je ne crains pas d'avancer qu'il arrivera un jour où le perchlorure de fer rendra plus de nombreux services à la chirurgie et à la médecine, qu'aucun des médicaments connus jusqu'à présent.

N° 2. Naturam morborum curationes ostendunt.

N° 3. Les premiers soins doivent être pour l'âme, les seconds pour le corps, en les subordonnant toujours à la culture de l'âme. (Platon.)

— L'attention est la prière que nous adressons à la vérité pour qu'elle se découvre à nous. (Malebranche.)

— L'histoire de l'Académie des sciences est l'histoire de la méthode expérimentale. (Flourens.)

Suite de la discussion sur le nervosisme.

M. **Baillarger** : Je viens présenter à l'Académie quelques courtes observations sur le travail de M. Bouchut, mais surtout répondre en partie à un désir exprimé dans la dernière séance par M. Bouillaud.

M. Bouillaud a semblé regretter que l'objet du travail de M. Bouchut, c'est-à-dire le nervosisme, n'ait pas été plus exactement défini dans le rapport. Qu'est-ce au juste que le nervosisme? Quels sont ses caractères pathognomoniques? Comment peut-on le distinguer des maladies avec lesquelles il aurait été jusqu'à présent confondu? Telles sont les questions dont M. Bouillaud aurait désiré trouver la solution dans le rapport.

M. Gibert, il est vrai, a bien dit que le nervosisme correspond à l'état décrit par M. Gillebert-Dhercourt, sous la dénomination de *surexcitation nerveuse*, et que sous sa forme la

plus commune il se rapproche de « ce que les médecins qui nous ont précédés désignaient habituellement sous les noms de *mélancolie* et d'*hypochondrie ;* » mais cela n'a pas paru suffisant.

Il ne m'appartient pas de devancer la réponse de M. Gibert aux objections qui lui ont été adressées, mais je crois devoir établir dès ce moment une distinction qui pourra peut-être aider à la discussion. M. Bouchut a décrit deux formes de nervosisme : le nervosisme aigu et le nervosisme chronique. Or, si le nervosisme aigu est une maladie nouvelle à peine entrevue jusqu'ici, il n'en est pas de même du nervosisme chronique. Celui-ci, comme l'indique M. Bouchut, a été déjà décrit sous les dénominations très différentes de vapeurs, d'hystéricisme, d'état nerveux, de névropathie protéiforme, de névropathie générale, de surexcitation nerveuse, de cachexie nerveuse, etc.

Comme on le voit, ce ne sont ni les dénominations ni les descriptions qui ont manqué.

Il y a donc ici deux états à examiner :

L'un, qui est décrit pour la première fois, c'est le nervosisme aigu; l'autre, depuis assez longtemps connu, c'est le nervosisme chronique.

Or, je crois que l'objection faite à M. Gibert subsiste quant au nervosisme aigu. C'est, comme je viens de le dire, un état nouveau qui n'est décrit que dans le travail de M. Bouchut, et il serait à désirer, pour compléter le rapport, que M. Gibert pût nettement spécifier en quoi consiste cet état.

Quant au nervosisme chronique, le rapporteur pouvait assurément, comme il l'a fait, se borner à renvoyer aux descriptions déjà données par plusieurs auteurs.

En attendant que M. Gibert vienne compléter son travail pour ce qui a trait au nervosisme aigu, je vais m'occuper du nervosisme chronique. Je ne sais si je parviendrai sur ce point à satisfaire M. Bouillaud ; j'ai même quelques raisons d'en douter; mais très certainement M. Bouillaud me tiendra compte de ma bonne volonté et des efforts que j'aurai faits.

Je dois dire d'abord que si l'on en croit les auteurs, le nervosisme chronique est une maladie très commune. Sandras

va même jusqu'à admettre « qu'il est peu de personnes qui n'en soient accidentellement affectées, et que presque toute l'espèce humaine y est sujette, au moins dans certains moments de la vie. »

Ainsi ce ne sont pas les faits qui manquent; et si le nervosisme n'est pas bien connu, ce ne saurait être faute d'occasions de l'observer.

Voilà quant à sa fréquence.

Maintenant quels sont ses caractères? Ici commencent, dès le début, de grandes difficultés.

Les maladies, on le sait, peuvent offrir des phénomènes très variés; mais ces phénomènes se relient tous autour de quelques symptômes principaux, et, comme on le dit, pathognomoniques; ou bien, quand les manifestations sont très variées et affectent des siéges différents, ainsi que cela a lieu dans la goutte et la syphilis, ils se trouvent réunis à l'aide d'une cause commune; quelquefois encore, un certain ordre de succession, toujours le même, pourrait être un guide suffisant.

Or, tous ces moyens de caractériser une maladie manquent dans le nervosisme chronique.

Il n'y a ni symptômes pathognomoniques, ni une cause connue pour relier les phénomènes entre eux, ni un ordre de succession qui puisse servir de guide. Voyons d'abord pour les symptômes.

M. Cerise, qui l'un des premiers a signalé le nervosisme comme une maladie distincte de l'hystérie et de l'hypochondrie, déclare que cette névrose n'est caractérisée par aucun symptôme dominant, et qu'on y voit s'y succéder les phénomènes les plus divers et les plus opposés.

Ce qui caractérise cet état, c'est, d'après l'auteur que je viens de citer, la généralité et l'infinie variété de ses symptômes. De là la dénomination de *névropathie protéiforme* créée par M. Cerise.

M. Bouchut reconnaît, comme M. Cerise, qu'il n'existe au milieu de cette variété infinie de symptômes aucun phénomène prédominant qui puisse servir à caractériser la maladie.

Non-seulement il admet que le tableau du nervosisme est extrêmement variable, mais il va jusqu'à déclarer qu'il n'y a pas deux malades qui se ressemblent, et il ajoute que chaque malade constitue presque une variété dans son espèce.

La définition du nervosisme donnée par M. Bouchut reflète, par sa généralité, l'opinion que je viens de rappeler. Voici cette définition :

« Le nervosisme est une névrose générale, continue ou rémittente, quelquefois accompagnée de fièvre, caractérisée par un grand nombre de troubles nerveux, mobiles et variables, de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement et des principales fonctions organiques. »

Ainsi donc, pour ce premier point, il est bien établi que l'état nerveux ou le nervosisme ne peut être caractérisé par un ou plusieurs symptômes dominants.

On réunit sous cette dénomination les phénomènes les plus variés, qui, combinés de mille manières, constituent presque autant de formes qu'il y a de malades.

2° Ces manifestations pathologiques, quelque variées qu'elles soient, pourraient, comme je l'ai dit, être reliées entre elles par une même cause. Mais il n'existe rien de semblable.

L'étiologie du nervosisme, c'est l'étiologie générale des maladies nerveuses ; ce sont les mêmes causes qui donnent lieu à l'hystérie, à l'hypochondrie, à la mélancolie, etc. J'avais pensé d'abord que l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie étaient, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de cet état ; mais M. Bouchut regarde le plus souvent l'altération du sang comme une conséquence du nervosisme. « Chez quelques malades, dit-il, l'anémie est réellement antérieure au développement des accidents nerveux ; mais, dans le plus grand nombre des cas, l'altération du sang est secondaire, et ajoute son influence à celle des causes physiques et morales de la maladie. » Quant à l'ordre dans lequel les symptômes se succèdent, il n'y a absolument rien de fixe et de déterminé.

Je ne parle pas du siége du nervosisme, les phénomènes

qui le caractérisent étant essentiellement mobiles, et pouvant se présenter successivement ou simultanément dans des points très différents. Voici donc une névrose dont le siége est très-variable, qui n'offre aucun symptôme prédominant, dont les phénomènes, dans leur variété, ne sont pas reliés par une cause commune, et ne se succèdent point dans un ordre déterminé.

On peut, dès lors, se demander s'il y a lieu d'admettre tous ces faits sous une même dénomination, et d'en former une maladie spéciale.

Cherchons donc les raisons qui ont décidé certains auteurs à réunir des symptômes si disparates. Ces raisons les voici :

L'hystérie et l'hypochondrie sont assurément des maladies très différentes, mais personne ne nie cependant qu'elles n'aient, dans un très grand nombre de cas, beaucoup de symptômes semblables; or, ces symptômes sont précisément, dit-on, ceux qui constituent le nervosisme.

Après avoir établi que la névropathie protéiforme est, en quelque sorte, le caractère commun de l'hystérie et de l'hypochondrie, M. Cerise ajoute :

« C'est, sans doute, parce qu'il a été préoccupé de ce caractère commun aux deux affections, plutôt que des caractères propres à chacune d'elles, que Sydenham les a regardées comme une seule et même maladie, et que la plupart des auteurs les ont si mal définies, si diversement décrites et si confusément appréciées. »

Ainsi, en faisant une névrose spéciale de ces symptômes communs à l'hystérie et à l'hypochondrie, on a pour but de rendre la description de ces maladies plus facile, de les circonscrire plus nettement, et d'éviter une cause d'erreur et de confusion.

La seconde raison qu'on donne, c'est que l'hystérie et l'hypochondrie existent assez souvent sans cet ensemble de symptômes variables qu'on propose de réunir sous une dénomination spéciale, et que, d'autre part, cet ensemble de symptômes se rencontre dans beaucoup de cas isolé de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Il y aurait donc, comme on le voit, trois ordres de faits : d'abord l'hystérie et l'hypochondrie à l'état de simplicité; puis l'hystérie et l'hypochondrie associées à l'état nerveux; enfin l'état nerveux sans hystérie ni hypochondrie.

Sans doute, il peut paraître étrange de constituer une maladie dont le caractère principal est, comme on le dit, l'infinie variété de ses symptômes ; mais au fond il suffit de s'entendre.

Cette réunion ne se fait pas par suite d'une théorie spéciale qui pourrait conduire à des indications erronées. Sous ce rapport, la dénomination de la maladie n'est pas indifférente, et celle de *névropathie protéiforme*, employée par M. Cerise, me semble devoir être préférée.

Il me reste à dire quelques mots des signes différentiels qui séparent le nervosisme de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Pour ce qui a trait à l'hystérie la chose est des plus simples, et je ne puis mieux faire ici que de citer encore le remarquable travail de M. Cerise, couronné il y a près de vingt ans par l'Académie.

« Nous distinguons dans l'hystérie, dit M. Cerise, deux ordres de phénomènes qu'il importe de ne pas confondre. Nous y distinguons, d'une part, l'ensemble des symptômes variables qui correspond à la névropathie protéiforme, et, de l'autre, les accès spasmodiques ou convulsifs qui seuls constituent le caractère différentiel de l'hystérie. Faites abstraction des accès, et cette névrose se confondra souvent avec la névropathie protéiforme ou avec une des formes de la surexcitation ganglionnaire. C'est à la *forme déterminée des accès* que vous reconnaîtrez dans l'hystérie une maladie distincte, non-seulement des affections nerveuses non-spasmodiques, mais encore des autres affections qui éclatent comme elle par des paroxysmes spasmodiques ou convulsifs. »

La distinction du nervosisme avec l'hypochondrie est plus difficile. Sans doute, la préoccupation constante sur des souffrances réelles ou imaginaires est le caractère principal de la nosomanie ; mais alors même que cette préoccupation ferait défaut, ne suffirait-il pas d'une ou de plusieurs con-

ceptions délirantes relatives à la santé pour la constituer ?

Une jeune dame se figure que sa digestion se fait avec une lenteur extrême ; si on l'en croit, ce n'est qu'après vingt-quatre, trente-six heures ou même plus, que l'estomac se débarrasse des aliments ingérés. Par suite de cette idée, la malade se nourrit très peu, et prend ses repas de la manière la plus irrégulière.

Cependant elle n'a pas la crainte de mourir, elle ne recherche ni les médecins ni les remèdes, elle n'est pas autrement préoccupée de sa santé. Peu à peu la maigreur survient, et la malade finit par tomber dans un marasme complet. C'est alors seulement que, séparée de sa famille, on parvient en l'intimidant à lui faire prendre régulièrement une quantité suffisante d'aliments. Après quelques mois, les forces et l'embonpoint reviennent, et la guérison est obtenue.

Quel nom donner à cette maladie, dont le point de départ et le caractère principal étaient une conception délirante relative à la santé ? Si l'on admet, comme je crois devoir le faire, que les cas de ce genre sont une des formes de la nosomanie, il deviendra quelquefois très difficile de distinguer le nervosisme et l'hypochondrie.

Un des symptômes les plus fréquents de l'état nerveux, c'est, dit-on, une faiblesse excessive. Les malades peuvent à peine se soutenir sur leurs jambes, et beaucoup restent constamment couchés. Cependant, sous l'influence d'un désir, d'une émotion, il arrive que tout à coup ces malades recouvrent leurs forces pendant quelques heures ou même pendant plusieurs jours.

« J'en ai vu, dit M. Bouchut, quitter la chaise longue pour aller au bal, danser toute la nuit, dépenser une force musculaire incroyable, et revenir anéanties reprendre la position horizontale au milieu des douleurs les plus vives. »

M. Bouchut cite entre autres l'observation empruntée à M. Fleury d'une dame qui, quoique réduite à une extrême faiblesse, quittant à peine son lit, put gravir le Vésuve, et parvint au sommet plus vite que ses compagnons d'ascension.

J'avoue que ces malades qui, à un moment donné, trou-

vent à leur disposition des forces si considérables, ressemblent beaucoup aux hypochondriaques. N'y a-t-il pas là, en effet, une erreur d'imagination qui constitue une véritable conception délirante?

Cette conception délirante, étant relative à la santé, ne rentre-t-elle pas dans la forme de nosomanie dont je viens de citer plus haut un exemple?

J'ai essayé, messieurs, d'indiquer aussi clairement qu'il m'a été possible ce qui a été décrit sous les dénominations d'état nerveux, de névropathie protéiforme et de nervosisme, et les raisons qui ont porté quelques auteurs à séparer cette affection de l'hystérie et de l'hypochondrie. Je suis loin, sans doute, d'avoir atteint le but que je m'étais proposé; mais s'il faut s'en prendre à mon insuffisance, il sera juste aussi, je crois, de faire la part du sujet.

—

LECTURES.

M. le docteur Raciborski est admis à donner lecture d'un travail intitulé : *Quelques considérations sur la plique* (trichoma), *et d'une nouvelle variété d'hypochondrie que l'on pourrait désigner sous le nom d'*hypochondrie trichomatique. (*Commissaires :* MM. Baillarger, Devergie et Gibert.)

(Extrait par l'auteur.)

D'après l'opinion la plus accréditée en Pologne, dit l'auteur, la plique ou le trichoma consisterait dans une espèce de crise qui est considérée comme la terminaison la plus heureuse d'une diathèse spéciale capable d'occasionner de graves désordres tenant tantôt à des affections rhumatismales, tantôt à des névralgies ou des névroses, tantôt enfin à des phlegmasies. Dès qu'on peut supposer l'existence de cette diathèse dans l'économie, on doit chercher à favoriser le feutrage des cheveux. Malheur à celui qui, s'étant aperçu du commencement de ce travail critique, s'aviserait de tenter imprudemment de démêler les mèches pliquées ou de les couper avant le temps nécessaire pour l'achèvement de la crise : à l'instant il se

verrait assailli par une foule de maux dont la nature se préparait ainsi à éliminer le germe.

Cette doctrine, née dans les masses, a été soutenue pendant longtemps par la généralité des médecins polonais et de leurs voisins les Allemands, autant par conviction que pour masquer soit leur ignorance à diagnostiquer, soit leur impuissance à guérir diverses maladies chroniques qu'ils n'étaient pas fâchés de pouvoir rapporter à une diathèse pliqueuse méconnue ou mal soignée. Ils expliquaient ainsi l'opiniâtreté de toutes ces maladies d'une façon très naturelle.

D'autres médecins ne croient pas à la diathèse pliqueuse, mais continuent de regarder la plique comme une manifestation critique favorisée par le concours de certaines influences endémiques pouvant se présenter dans le cours des différentes maladies.

D'autres enfin attribuent la plique à la malpropreté et à la superstition. Pour eux, la plique ne mérite pas l'attention des médecins, et son traitement doit être abandonné, comme le disait Desgenettes, aux perruquiers. Un fait reconnu par tous les observateurs qui ont écrit sur la plique, est que le défaut des soins les plus vulgaires suffit pour amener le feutrage des cheveux; ce défaut se trouve même parmi les personnes appartenant aux classes les plus élevées de la société, par suite du préjugé qui fait considérer la plique comme étant la manifestation d'une crise heureuse et de favorable augure pour la santé des pliqueux.

M. Raciborski présente ensuite une masse énorme de cheveux ayant appartenu à un ecclésiastique polonais, et ne constituant que la moitié extérieure de sa plique. Le malade a travaillé pendant sept ans à atteindre ce résultat, aidant de toutes ses forces à la production du feutrage de ses cheveux, allant même jusqu'à faire couler dans ses cheveux de la cire fondue : il pensait ainsi favoriser les efforts de la nature, et cherchait à se débarrasser du virus pliqueux.

M. Raciborski a reconnu, par l'examen et l'observation du malade, que celui-ci était atteint d'une véritable hypochondrie. Sous l'influence de cette aberration intellectuelle, le

malade se croyait la proie d'une foule d'imminences morbides dont la crise pliqueuse devait favoriser la disparition définitive.

Se livrant ensuite à des considérations étendues sur les diverses variétés d'hypochondrie, M. Raciborski cherche à établir l'existence d'une hypochondrie qu'il appelle *trichomatique*, et qui est caractérisée par le penchant des malades à se croire atteints de diathèse pliqueuse.

L'auteur parle ensuite des recherches microscopiques auxquelles il s'est livré avec M. Robin, sur l'altération des cheveux qui accompagne la plique.

Le microscope permet de découvrir dans la plique une grande quantité de cellules épithéliales et une forte proportion d'éléments d'un champignon semblable à celui de la teigne (*achorion Schœnleini*).

Dans toute la masse pliqueuse, on trouve une poussière de gradus irréguliers d'un brun grisâtre, et qui se détachent facilement. Ils ont offert la composition suivante :

1° Beaucoup de graisse tenant empâtées un grand nombre de cellules épithéliales ;

2° Beaucoup de champignons semblables à ceux de la levûre de bière ;

3° De rares filaments cylindriques se dissolvant facilement dans le chloroforme, comme la graisse, et possédant la même teinte jaunâtre et le même pouvoir réfringent. Il n'a été constaté aucune altération appréciable des cheveux.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Recherches sur les anesthésiques en général, par M. le docteur L. Scoutetten.

Zoologie vétérinaire. Compte rendu des recherches et des expériences faites à l'École impériale vétérinaire de Toulouse sur l'organisation et la reproduction des cestoïdes du genre *ténia*, par M. C. Baillet.

Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel, par M. Eugène Dally.

Observation d'un cas de fongus hématode variqueux, par M. Jacquemet.

Ueber den Gegensatz der Aussenstoffe in Rücksicht ihrer Wirkung auf den organismus, von doctore Aug. Garms.

Topographie médicale des climats intertropicaux, par M. le docteur Dutroulau (extrait des *Annales d'hygiène*, 1858).

De la fièvre bilieuse grave des climats intertropicaux, par le même auteur.

Annales scientifiques, littéraires et industrielles de l'Auvergne, 1858.

Archives des missions scientifiques et littéraires, tome VIII.

Instrucções contra a colera epidemica, par M. A. Peixoto.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 9.

Bulletin des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Janvier.

Journal de médecine de Bordeaux. Février.

Journal de la Société des sciences médicales de Dublin. Février.

Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure, 35e vol., 180e livraison.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques. Février.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. Février.

La Revue thérapeutique du Midi. Février.

Le Progrès, n. 7.

Journal des vétérinaires du Midi. Janvier.

Journal de pharmacie et de chimie. Février.

La Revue médicale française et étrangère. Février.

Le choléra; traitement et guérison, par M. J.-M. Hœnigberger.

Recherches sur les granulations considérées comme altérations spécifiques de l'ophthalmie purulente contagieuse, par M. le docteur J. Thiry (de Bruxelles).

Études chimiques et médicales sur les eaux minérales de Chateldon, par MM. O. Henry père et fils.

Observations ayant pour but d'éclairer le traitement de la fièvre puerpérale, par M. le docteur A. Chrestien.

M. Ferdinand Berthier offre à l'Académie, de la part de l'auteur, M. Jacques Carbonieri (de Modène), deux exemplaires d'une brochure en italien. — Al chiarissimo professore Giovanni Gandolfi alcune rispettore parole del sacerdote Luigi vischi intorno ai sordi-muti.

Syphilisationen anvendt mod syphilis og spedalskhed ved D.-C. Danielssen.

Rapport sur les vaccinations pratiquées en France en 1856.

Des affections lépreuses dans les régions intertropicales, par M. le docteur Roux (de Brignolles) fils.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. Février.

Sur les perforations et les divisions de la voûte palatine. Rapport fait à la Société médicale d'émulation de Paris, par M. le docteur Hippolyte Larrey.

Gazette médicale de Paris, n. 8.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 7.

Revue d'hydrologie médicale, n. 11.

La France médicale et pharmaceutique, n. 8.

L'Abeille médicale, n. 8.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 20 à 22.

L'Union médicale, n. 20 à 22.

Gazette des hôpitaux, n. 20 à 22.

Tables de mortalité de la ville de Londres, volume XX, numéros 2, 4, 5 et 6.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 7.

SÉANCE DU 1er MARS 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes invite l'Académie à faire retirer des bureaux de son ministère une caisse contenant des échantillons de *frêne d'Haïti*, envoyés à la demande de la Compagnie par M. Mellinet, consul général de France à Port-au-Prince. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Sept rapports de M. Déhée et un tableau résumé relatifs aux épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Arras pendant l'année 1858. — Un rapport de M. le docteur Faivre sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Fontenotte (Côte-d'Or). — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements des Landes, de la Vienne, de la Moselle, de la Gironde, des Pyrénées-Orientales et des Vosges. (*Commission des épidémies.*)

II. Une lettre de rappel d'analyse de l'eau de Villeminfroy. (Le rapport sera lu aujourd'hui.)

III. La recette et l'échantillon d'un nouveau sel purgatif. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1857 dans le département des Basses-Pyrénées. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. MM. Denonvilliers, Guenéau de Mussy (Noel), Hardy et Ménière, informent l'Académie qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoi à la commission.*)

II. M. le docteur Ragaine adresse ses remercîments à la compagnie pour la médaille d'argent qui lui a été décernée.

III. M. Duchesne-Duparc prie l'Académie de recevoir un pli cacheté dans ses Archives. (*Accepté.*)

IV. Emploi du bain ferro-arsenical contre la gale invétérée et constitutionnelle des bêtes ovines, par M. Donnarieix. (*Commission des épidémies.*)

—

PRIX.

Prix de l'Académie. — N° 4. « Les hommes meurent, mais leurs œuvres restent et sont fécondées par la postérité. »

N° 5. « Le perchlorure de fer est une des plus belles conquêtes de la thérapeutique moderne. »

N° 6. « Quisque pro opibus. »

Prix Civrieux. — N° 1. « Functiones animales, seu functiones illæ, quæ exercentur ope organorum in capite latentium, etc. »

N° 2. « Grattez le malade, vous trouverez le vérolé. »

N° 3. « Quam varia atque gravia sint a veneno venereo in sanguinis massam resorpto procreata symptomata quotidiana confirmat atque docet experientia. » (Schræder.)

N° 4. « La syphilis est une planche de salut. »

Prix Portal. — N° 2. « Melius anceps remedium quam nullum. »

N° 3. « Ne serait-ce pas beaucoup gagner pour l'art que de sauver, entre dix, une des infortunées victimes de cette funeste maladie? » (Hévin.)

N° 4. (Ce mémoire n'a aucune épigraphe.)

PRIX CAPURON. — N° 3. « Qu'est l'observation, si l'on ignore là où siége le mal ? » (Bichat.)

N° 4. « Erunt novissima. »

PRIX BARBIER. — N° 2. « Traitement des hydropisies enkystées du foie par les ponctions capillaires ou les ponctions suivies d'injections iodées. » (Boinet.)

—

RAPPORTS.

I. *Rapport sur l'eau de Villeminfroy* (Haute-Saône). — (M. O. HENRY, *rapporteur*.)

Par une lettre ministérielle en date du 24 août dernier, l'Académie impériale de médecine a été invitée à faire analyser dans son laboratoire les échantillons d'une eau minérale puisés et expédiés en bonne forme, provenant d'une source découverte dans la commune de Villeminfroy (Haute-Saône), afin de décider si l'autorisation d'exploiter cette eau *au point de vue médical* peut être accordée à son propriétaire.

La source de Villeminfroy existe au milieu d'un champ sur le territoire de la commune ; elle sort d'un terrain de marnes irisées avec un débit qu'on dit toujours égal, et qu'on évalue à 7,000 litres par vingt-quatre heures.

Cette eau, qu'on compare à celle de Contrexéville, est employée depuis quelques années dans le pays et avec succès, dit-on, contre les affections du foie et contre la gravelle ; on annonce même qu'elle est très efficace dans les fièvres typhoïdes, condition qui a besoin d'être pleinement constatée par des expériences nombreuses et des observations précises. Le conseil central d'hygiène du département et celui de l'arrondissement de Lure ont été d'accord pour proposer l'autorisation de la source qui nous occupe.

L'eau minérale de Villeminfroy est froide ; elle appartient à la classe des eaux salines *sélénito-magnésiennes* et vient prendre rang près de celles du même genre, de Contrexéville, de Vittel, d'Aulus, d'Encausse, de Siradan, etc., assez communes en France, et douées de vertus médicales reconnues.

L'analyse des échantillons qui ont été remis à l'Académie, a donné la composition chimique suivante de l'eau de Villeminfroy pour mille grammes, savoir de :

Acide carbonique libre		1/15e du volume à peu près.
		grammes.
Bicarbonates de chaux		0,58
— de magnésie		
Sulfates calculés *anhydres*	de chaux	1,34
	de magnésie	0,38
	de soude	0,40
Chlorures de sodium		0,120
— de calcium		
— de magnésium		
Silice alumine et phosphate		0,100
Oxyde de fer	Minimes proportions.	
Principe arsenical	Traces bien légères.	
Matière organique		
	Total	2,600

L'eau de Villeminfroy est donc, comme on vient de le dire, du même genre que celle de Contrexéville ou autres semblables; et, bien que les propriétés médicales reconnues à ces eaux n'aient pas été encore parfaitement expliquées par leur composition chimique, on peut dire qu'en raison de cette analogie de composition il y a lieu d'en supposer une semblable dans leur action médicale. De plus, si l'on s'en rapporte aux délibérations du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Haute-Saône, la source de Villeminfroy mérite d'être autorisée comme le sont les autres sources analogues. Nous croyons, s'il en est ainsi, que cette autorisation peut être proposée, mais seulement après que l'on aura constaté d'une manière bien précise si le captage de la source a été fait exactement, et si les vertus médicales de l'eau qu'elle fournit ont l'importance qu'on indique; on pourra alors apprécier toute l'utilité qu'elle doit avoir pour le pays.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

II. *Rapport sur une source découverte à Encausse* (Haute-Garonne), *dite Source d'Argut.* — M. O. HENRY, *rapporteur.*

Parmi les stations thermales du département de la Haute-Garonne, on peut citer celle d'Encausse, dont les sources minérales, très anciennement connues, desservent un petit établissement fréquenté dans la belle saison par beaucoup de malades des départements circonvoisins. Les sources sont au nombre de trois et très voisines entre elles; on les désigne en *Grande* et *Petite Source*, et *source d'Argut*, du nom du propriétaire. L'eau qu'elles fournissent est presque identique, c'est une eau *saline sélénito-magnésienne* sensiblement *arsenicale.*

Les deux premières sont autorisées; mais bien que la Source d'Argut soit employée comme celles-ci et avec les mêmes avantages depuis longtemps déjà, son exploitation n'a pas été légalisée. C'est pour obtenir cette formalité que M. le docteur d'Argut a adressé à l'autorité une demande qui a motivé la lettre ministérielle envoyée à l'Académie impériale de médecine le 15 septembre dernier, avec des échantillons d'eau légalement puisés. L'analyse de l'eau d'Encausse a été faite à différentes époques, mais les travaux les plus récents sont dus à M. le professeur Filhol (de Toulouse). Quant à la Source-d'Argut, elle a été aussi l'objet d'un travail très complet exécuté à la fin de l'année dernière dans le laboratoire de l'Académie par M. le docteur Comparan et sous notre direction. Il fait le sujet d'une thèse présentée pour le doctorat à la Faculté de médecine; nous n'avons eu dès lors qu'à confirmer les résultats principaux avec les échantillons envoyés à Paris.

L'eau de la Source d'Argut, convenablement captée depuis deux ans, est située à 50 mètres de distance des deux sources anciennement connues; par le jaugeage, elle fournit un rendement égal à 25 ou 26,000 litres par vingt-quatre heures, et sa température moyenne est de 28 degrés centigrades au moins; c'est donc une *eau sensiblement thermale.* Quant à sa composition chimique, rapportée à 1,000 grammes, elle a présenté les résultats suivants :

Acide carbonique libre	5 cent. cubes.
	gram.
Bicarbonates de chaux	0,0368
— de magnésie	0,0220
— de fer	0,0012
— de manganèse	Traces.
Sulfates (*calculés anhydres*) de chaux	2,1130
— — de magnésie	0,4600
— — de soude	0,0189
— — de potasse	Traces.
Chlorure de sodium	0,3325
Iode et brome	Indices sensibles
Silicate de soude et silice	0,0120
Principe arsenical	Indiqué.
Matière organique	
Total	2,9964 (1)

La source en question est de la même nature chimique que celle des deux de l'établissement et n'en diffère même qu'à peine; leur proximité permet, d'ailleurs, de penser qu'elles ont toutes les trois une origine commune en émanant du même foyer.

Comme nous l'avons dit ci-dessus, la *Source d'Argut* est employée en médecine depuis assez longtemps déjà, concurremment avec les sources *grande* et *petite* d'Encausse. Ses propriétés médicales sont analogues, ce que peut justifier leur composition chimique; il n'y a donc pas de motif, puisque cette source paraît utile au pays, pour ne pas accorder à son propriétaire, M. d'Argut, l'autorisation d'en continuer l'exploitation au point de vue médical. C'est dans ce sens, messieurs, que nous avons l'honneur de vous proposer de répondre à M. le ministre.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

III. *Analyse de l'eau de deux sources de Vals* (département de l'Ardèche). — M. O. Henry, *rapporteur*.

Le médecin inspecteur des eaux de Vals, bourg du département de l'Ardèche, a fait demander par une lettre ministé-

(1) Thèse pour le doctorat en médecine, par M. Victor Camparan (de Saint-Gaudens), page 20, 1858.

rielle, en date du 29 juin dernier (1), adressée à l'Académie impériale de médecine, que l'analyse de l'eau des sources *Camuse* et *Dominique*, qui dépendent de l'établissement thermal, fût faite dans le laboratoire de ladite Académie, ces eaux n'ayant pas jusqu'ici été analysées officiellement, et l'expérience médicale ayant démontré leur efficacité. Ce médecin annonce dans sa demande que la première de ces sources (la source Camuse) offre quelques différences avec les autres analogues voisines, et que la seconde (la source Dominique), qui n'a aucun rapport de composition chimique avec celles-ci, produit sur l'économie animale une action particulière très énergique, quelquefois même dangereuse, si l'emploi n'en est pas convenablement régularisé.

D'après cette demande et en raison des assertions qu'elle renferme, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a invité l'Académie à vérifier, dans l'intérêt public, l'exactitude des faits annoncés, envoyant pour le travail une certaine quantité de bouteilles des eaux *Camuse* et *Dominique*, puisées et expédiées en bonne forme.

Le bourg de Vals est très anciennement connu par ses nombreuses sources minérales, remarquables par leur riche minéralisation. Le groupe qu'elles forment s'élève à huit principales, désignées par les noms de : sources *Chloé*, *Marquise*, *Camuse*, *Marie*, *Nouvelle*, *Chrétienne* et *Victorine*, puis de source *Dominique*.

Dans les sept premières l'eau, à quelques légères différences près, surtout pour la proportion relative des éléments minéralisateurs, est de la même nature. Ces éléments sont : les *bicarbonates de soude*, *de potasse*, *de chaux*, *de magnésie*, *de fer*, *de manganèse*, associés à de l'acide *carbonique libre*, à quelques *sulfates*, *silicates* et *chlorures*, mais sans indice de composé *arsenical*. Ce qui rend particulièrement ces eaux re-

(1) Au mois d'août un premier travail avait été lu à la commission des eaux minérales, mais comme on avait réclamé un nouvel envoi d'eau de la source Dominique, le rapport définitif fut ajourné jusqu'aujourd'hui.

O. H.

marquables, c'est la proportion considérable des bicarbonates alcalins, qui, dans quelques-unes, s'élève jusqu'à 7gr,80 par litre de liquide (1), proportion supérieure à celles que fournissent les sources de Vichy, de Cusset et autres de l'Auvergne ou du département de l'Allier. Il faut dire, toutefois, que les sources de Vals sont d'un assez faible débit, qui se trouve souvent insuffisant dans la saison thermale pour répondre aux exigences du service balnéaire et aux besoins des malades. Si l'on excepte, en effet, la source Chloé, qui peut, dit-on, fournir 60 à 80 bains par jour, les autres ne fournissent chacune à peine que 9 ou 10 bains.

Quant à la source *Dominique*, elle est d'une tout autre nature, ainsi qu'on va le voir plus loin.

Pour nous conformer aux intentions exprimées dans la lettre ministérielle, nous avons procédé successivement à l'analyse chimique de l'eau des deux sources mentionnées, *Camuse* et *Dominique*.

Voici, d'après les résultats obtenus, rapportés par le calcul à un poids de 1,000 grammes d'eau, la composition que nous assignons à la source Camuse :

(1) Ainsi on a indiqué pour les sources :

			Bicarbonates de soude et de potasse.	
1° Marquise.....	6,8	(Brun).....	7,80	(Berthier).
2° Camuse.....	7,2	(*Id.*).....	6,40	(O. Henry).
3° Chloé.....	5,23	(*Id.*).....	5,30	(Dupasquier).
4° Chrétienne.....	5,55	(O. Henry)..	»	»
5° Nouvelle.....	6,10	(Brun).....	»	»
6° Marie.....	0,893	(Dupasquier).	»	»
7° Victorine.....	3,340	(O. Henry)...	»	»

		grammes.
Acide carbonique libre..... 1/2 à peu près ou		0,960
Bicarbonate de soude	6,200	6,400
— de potasse.....	0,200	
— de chaux.....		0,136
— de magnésie.....		0,340
— de protoxyde de fer avec traces de manganèse.....		0,011
Sulfates (*calculés anhydres*) de chaux et de soude.		0,121
Chlorure de sodium.....		0,190
Silice ou silicates, alumine, phosphate terreux... Matière organique.....		0,300 (1).
Total.....		8,458

La source Camuse vient donc se placer à côté des sources les plus minéralisées de Vals; elle en diffère à peine, si ce n'est par la proportion du sel magnésien, qui s'y trouve surpasser fort sensiblement celui de chaux.

Source Dominique. — Nous avons maintenant à parler de la source Dominique, que nous avons dit déjà être tout à fait différente des précédentes. Cette source, qui existe cependant à peu de distance de celles-ci, sort du même terrain feldspathique et granitique, mais dans un point où son aspect est plus rougeâtre et plus pyriteux. L'eau sourd au milieu même d'un petit ruisseau qui se jette ensuite dans la Volane. La source Dominique ne fournit que très peu d'eau, à peine 400 à 500 litres par vingt-quatre heures; à la source, le liquide recueilli dans un verre est acidule au goût, très limpide, mais tenant en suspension beaucoup de corpuscules brillants (silice sans doute); exposée à l'air, elle produit assez vite un dépôt ocreux.

Les réactifs propres au fer accusent dans cette eau ce métal à l'état de *sesquioxyde* et en quantité assez grande; on y trouve des sulfates et de l'acide sulfurique libre, quelques traces de chlorures, et, par des essais appropriés, de l'*arsenic* à l'état d'*arséniate*.

Ainsi, pour l'acide sulfurique libre, on s'assure de son

(1) On n'a pas trouvé d'*arsenic*.

existence : 1° en agitant l'eau avec de l'éther sulfurique pur, qui devient alors chargé d'acide sulfurique, ou 2° en prenant cet éther sulfurique chargé lui-même de quinine pure, on obtient bientôt la production d'un beau sulfate de quinine cristallisable en cristaux blancs et soyeux (1); 3° enfin, en faisant bouillir l'eau minérale avec du carbonate de baryte pur hydraté, il se dégage de l'acide carbonique dont la proportion trouvée conduit à celle de l'acide sulfurique libre préexistant. En saturant exactement l'acide de l'eau, on voit *immédiatement* se précipiter des flocons ocreux, composés de *sulfate*, de *silicate* et d'*arséniate* à base de *sesquioxyde de fer* principalement.

Voici les éléments que nous avons trouvés dans l'eau de la source Dominique pour 1,000 grammes :

Acide sulfurique.....	1,75
Acide arsénique	
Sesquioxyde de fer.....	
Chaux et soude.....	
Acide silicique	
Chlore.....	
Acide phosphorique.....	
Matière organique.....	

que nous groupons ainsi :

Acide sulfurique libre.....		1,30
Silicate acide....	de sesquioxyde de fer.	0,44
Arséniate acide..		
Phosphate acide..		
Sulfate acide....		
Sulfate de chaux.....	peu...	
Chlorure de sodium....		
Matière organique.....		

Nota. Quoique par l'analyse nous ayons trouvé les sels ferriques tels que nous les portons ici, pour assurer positivement qu'ils existent ainsi primitivement dans l'eau, dissous à la fa-

(1) On pourra aussi faire bouillir l'eau avec de l'amidon, qui se changera bientôt en glycose par la présence de l'acide sulfurique libre, comme l'a indiqué M. Payen.

veur de l'excès d'acide (1), il faut encore quelques expériences afin de bien constater le fait, comme pour doser d'une manière précise l'*arsenic*, dont la proportion obtenue, dans un seul essai, a été égale à 0gr,0031 pour 1,000 d'eau. En résumé, on voit que l'analyse de l'eau de la source Dominique exige encore *quelques* recherches nouvelles pour *être définitive*. D'après nos essais, toutefois, cette eau nous paraît des plus intéressantes au point de vue chimique, et elle nous semble mériter une étude sérieuse. De plus, si l'on s'en rapporte aux applications médicales que M. le docteur Chabanne, médecin de l'établissement de Vals, annonce en avoir faites dans beaucoup de cas (Notice déposée par lui en mai 1858 à l'Académie de médecine), il y a lieu d'attirer l'attention des médecins sur cette eau toute particulière, qui peut offrir à la thérapeutique de nouvelles et utiles ressources. Enfin, nous ne terminerons pas ce rapport sans engager l'autorité à laisser au médecin inspecteur seul le droit d'administrer l'eau de la source Dominique qui, prise inconsidérément, a causé plus d'une fois des accidents graves.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

IV. *Rapport sur deux sources de Chateldon, dites Sources de la Montagne* (Puy-de-Dôme). — (M. O. Henry, *rapporteur*.)

Si la petite ville de Chateldon, du département du Puy-de-Dôme, est célèbre par plusieurs souvenirs historiques en partie oubliés à la vérité, elle l'est surtout par ses sources minérales. Les eaux que fournissent ces sources sont anciennement connues et employées depuis longtemps en médecine, mais principalement en boisson.

On connaît à Chateldon trois sources principales, celle dites

(1) On sait toutefois que l'arséniate de fer n'est pas décomposé par l'acide sulfurique affaibli, et ici c'est de l'acide au 1/1000e, il ne doit pas en être autrement, et le silicate de fer peut être dans le même cas. O. H.

des *Vignes*, autorisée depuis longtemps, et celles de la *Montagne*. Ces dernières, qui ont eu jadis une certaine vogue, étaient, dit-on, légalement autorisées; mais, par l'incurie de leur propriétaire, elles furent d'abord négligées, puis tout à fait abandonnées. M. Tapon-Chollet, qui les possède aujourd'hui, et qui a fait restaurer complétement le château de Chateldon, a voulu rendre aussi aux sources de la Montagne leur ancienne renommée; il les a fait aménager et convenablement capter de nouveau, puis l'analyse de l'eau qu'elles donnent a été faite l'année dernière avec le plus grand soin, tant sur place que dans le laboratoire de l'Académie impériale de médecine (1). M. Tapon demande maintenant que l'autorisation de les exploiter comme eaux minérales lui soit rendue; c'est cette demande que comprend la lettre ministérielle du 8 octobre dernier, adressée à notre Académie.

Les rapports du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Thiers, l'avis de M. le préfet du département, sont tous favorables à la réclamation du propriétaire actuel des sources de Chateldon. Quant à la demande, elle était accompagnée des échantillons d'eaux récemment puisés en bonne forme, et des certificats de l'ingénieur des mines du département.

La composition chimique des deux sources de la *Montagne*, désignées ainsi qu'il suit (source Audral et source du Mont-Carmel), a été pour 1,000 grammes, savoir :

Acide carbonique libre	2,178	1,885
Bicarbonate de chaux	0,516	0,666
— de magnésie	0,268	0,198
— de soude	0,381	0,424
— de potasse	0,003	0,005
— de protoxyde de fer	0,035	0,030
Sulfates (*calculés anhydres*) de chaux et de soude	0,050	0,090
Chlorure de sodium	0,030	0,025
Iodure et bromure	*non douteux.*	*non douteux.*
Silice, alumine, phosphates Principe arsénical Matière organique	0,110	0,101
	3,571	3,424

(1) Études chimiques et médicales sur les eaux minérales de Chateldon, sources de la *Montagne*, par MM. O. Henry père et fils et Gonod (1858).

Le débit journalier des sources est de 1,700 litres environ, débit qui ne peut se prêter qu'à un *usage pour la boisson.*

Ainsi qu'on le voit, les sources de la Montagne appartiennent à la classe des *eaux acidules, bicarbonatées, calcaires et sodique;* elles ont à peu près la même composition chimique que la *source des Vignes*, qui offre un peu plus de richesse cependant en acide carbonique et en bicarbonates terreux.

Quant aux vertus médicales des eaux, elles ont été parfaitement constatées par une longue expérience médicale, puisque ces eaux ont été longtemps employées comme agents thérapeutiques; de plus, les sources ayant été, dit-on, autrefois autorisées, il nous semble, messieurs, qu'il y a justice à ce que l'autorisation de continuer leur exploitation, *au point de vue médical*, soit rendue à leur propriétaire.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

Communication de M. Alph. Devergie.

Dans la séance publique annuelle de l'Académie, qui a eu lieu le 14 décembre dernier, j'ai fait une lecture sur la folie transitoire.

J'ai cherché à établir ce que l'on devait entendre sous cette dénomination, et à spécifier la forme morbide qu'elle représente.

Le point de départ de ce Mémoire a été le fait d'un meurtre accompli sous l'influence de cette sorte d'aliénation par un jeune homme de Bordeaux qui, à l'âge de dix-neuf ans et sans motif réel, a tué sa belle-mère d'un coup de pistolet en présence même de son mari.

Le jeune Jules dînait avec son père et sa belle-mère le 10 novembre 1854; ayant quitté la table au dessert pour aller se chauffer dans le salon, il n'y avait pas trouvé de feu et était monté à sa chambre, avait mis son chapeau de paille; il pris son fusil pour aller faire une promenade à la campagne, lorsqu'une pensée de suicide, qui depuis un mois le préoccupait

sans cesse, surgit tout à coup dans son esprit et se changea aussitôt en la pensée de tuer sa belle-mère.

Il va alors dans la chambre de son frère y prendre une paire de pistolets chargés depuis trois semaines, alors qu'il a sous sa main ceux qui lui appartiennent et qu'il avait chargés la veille; il descend ensuite dans la salle à manger, s'approche de sa belle-mère et lui décharge un des pistolets à la tempe.

Après avoir fait ressortir auprès du jury de la cour impériale de Pau toutes les circonstances qui militaient en faveur d'un acte de folie transitoire, ce jeune homme a été acquitté; mais une seule circonstance a pu laisser des doutes dans l'esprit de quelques personnes, et notamment dans celui de magistrats et d'hommes du monde (nous n'avons pas manqué d'en être informé) : c'est que ce jeune homme, qui était âgé de neuf ans à l'époque du second mariage de son père, avait conçu dès ce moment de *l'éloignement d'abord*, puis de *l'aversion pour sa belle-mère*. On pouvait supposer que cette aversion avait été le motif réel de l'acte accompli.

Or, nous avons reçu il y a deux jours une lettre du frère de la victime. Ayant indirectement connu la lecture que nous avons faite à l'Académie, il a cru devoir, dans l'intérêt de la science et de la vérité, nous annoncer la mort du jeune Jules et nous apprendre dans quelles circonstances elle a eu lieu.

Depuis 1855, ce jeune homme s'était retiré à Bruxelles; il y vivait isolé. Le 29 janvier, il a brusquement quitté sa résidence, abandonnant son mobilier et ce qu'il possédait, et n'ayant sur lui que ses effets du jour. Il s'est rendu à Bordeaux, et, au lieu d'aller chez son père, qu'il chérissait, ou auprès de son frère, il est descendu dans un hôtel, y a passé la nuit. Le matin il est allé acheter une paire de pistolets, est monté en voiture jusqu'au cimetière; là il s'est fait conduire à la tombe de sa belle-mère, et, après avoir renvoyé son conducteur, il s'est agenouillé sur la tombe, a pris son carnet, sur lequel il a tracé quelques phrases; il l'a déposé sur la pierre tumulaire, puis il s'est brûlé la cervelle.

Parmi les quelques mots tracés sur le carnet, on trouve la

phrase suivante : « Je veux mourir sur la tombe de celle *que j'ai tant aimée et tant regrettée...* »

Comment concilier cette assertion faite au moment du suicide avec celle que quelques personnes ont pu considérer comme la cause du meurtre : *L'aversion qu'il a nourrie pendant dix ans à l'égard de sa belle-mère.*

Évidemment ce langage, ainsi que la fin de la vie de ce jeune homme par le suicide, sont l'œuvre d'un fou. Il ne saurait rester le moindre doute dans les esprits les plus prévenus contre le jugement qui a été rendu et les prévisions de la science qui en ont été la cause.

Ces renseignements complètent un exemple de folie transitoire unique dans la science, en ce sens qu'il a été consacré par un jugement du jury. J'ai cru devoir les porter à la connaissance de l'Académie.

— M. Ferrus : Ce jeune homme avait été acquitté, c'est fort bien ; mais il était atteint de la pire des aliénations, et je ne puis comprendre comment il se fait qu'il ait été livré à lui-même après l'acquittement. Pourquoi n'a-t-il pas été interné ?

— M. Devergie : Cette mise en liberté immédiate m'a autant surpris que M. Ferrus, d'autant plus que tous les experts avaient insisté devant le tribunal sur la nécessité, en cas d'acquittement, de soustraire ce jeune homme à la société, attendu que d'un moment à l'autre il pourrait commettre un nouvel acte de folie.

— M. Ferrus : Mais il suffit d'une décision administrative pour faire interner ce genre de malades.

— M. Devergie : Sans doute, mais la décision n'a pas été prise.

—

DISCUSSION.

Sur le nervosisme, ou état nerveux.

M. Beau : La question soulevée par le rapport de notre savant collègue, M. Gibert, est une des plus intéressantes et

en même temps des plus difficiles qui puissent nous occuper. En effet, elle embrasse une foule d'études qui, par leur assemblage, constituent la pathologie si complexe du système nerveux; c'est ainsi que jusqu'à présent on a traité la question du vitalisme dans ses rapports avec les manifestations nerveuses, et l'on a traité également avec toute l'importance qu'elle méritait la question si pratique de l'anémie au point de vue de son influence sur le développement des névroses. Il y aurait certainement d'autres points tout aussi intéressants à aborder; mais comme avant tout il faut se borner, je me renferme étroitement dans les limites de la proposition fondamentale du travail de M. Bouchut, proposition qui me semble devoir être discutée.

Voici cette proposition : Il y a un ensemble de symptômes nerveux qui sont différents de ceux de l'hystérie et de l'hypochondrie, et qui doivent être décrits à part comme constituant une névrose particulière. M. Bouchut appelle cet ensemble *nervosisme*, et il le définit ainsi : « Le nervosisme est une névrose générale quelquefois accompagnée de fièvre continue ou rémittente, caractérisée par un grand nombre de troubles nerveux, mobiles et variables de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement et des principales fonctions organiques. » M. Bouchut distingue deux formes de nervosisme; il en reconnaît une chronique admise depuis longtemps, et une autre beaucoup plus rare, qui est aiguë et fébrile.

Ces symptômes nerveux si mobiles, offerts par les organes de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement et des principales fonctions de la vie végétative, ont été depuis longtemps, et sous différents noms, exposés et interprétés par les différents auteurs; il n'y a pas le moindre doute à avoir là-dessus. Mais ces symptômes, que M. Bouchut réunit sous le nom de *nervosisme*, sont-ils effectivement, comme le pense notre confrère, et comme il cherche à le démontrer, différents de l'hystérie et de l'hypochondrie? Cela dépend, comme on doit bien le penser, de l'idée que M. Bouchut se fait de l'hystérie et de l'hypochondrie, ou plutôt des caractères essentiels

qu'il prête à ces deux maladies. C'est ce que nous allons examiner, en commençant par l'hystérie.

Hystérie. — Voici les caractères principaux de l'hystérie pour M. Bouchut : névrose à symptômes bien définis et toujours les mêmes, accompagnée de la sensation d'une boule qui remonte à la gorge, se montrant sous forme d'attaques convulsives et apyrétiques séparées par des intervalles notables, sans altération de la nutrition.

Ces phénomènes diffèrent notablement de ceux du nervosisme, qui, pour notre confrère, est ainsi caractérisé dans son expression la plus générale : névrose à symptômes tellement mobiles et variables, que l'on trouve à peine deux malades qui se ressemblent ; dans laquelle il n'y a ni convulsion, ni ascension de boule ; qui est marquée ou par une marche continue on par des accès rapprochés, souvent fébriles ; et qui produit une détérioration profonde de l'organisme.

On voit, par ce qui précède, que M. Bouchut ne donne le nom d'*hystérie* qu'à la forme convulsive de cette maladie ; et que la réunion des symptômes non convulsifs, appelée jusqu'à présent *hystérisme*, *hystérie vaporeuse* ou *sensitive*, *névropathie protéiforme* (Cerise), qui dépend de l'hystérie, est distraite par notre confrère de l'affection hystérique comme une névrose particulière, sous le nom de *nervosisme*.

Cette séparation dans les formes convulsive et vaporeuse de l'hystérie peut certainement être proposée ; il est même fort possible qu'elle soit acceptée ; mais il me semble qu'une semblable scission aura toujours contre elle de grandes difficultés.

En effet, la forme vaporeuse ou protéiforme de l'hystérie existe certainement seule ; elle est même la plus fréquente des deux à l'état d'isolement ; mais la forme convulsive se rencontre rarement sans être précédée ou accompagnée de la forme vaporeuse, c'est-à-dire que les phénomènes protéiformes ou vaporeux servent de prodromes éloignés aux attaques convulsives ou se montrent dans leur intervalle. On voit par là que les deux manifestations convulsive et vaporeuse dénotent le même fond morbide, produisant les vapeurs ou le ner-

vosisme, quand la susceptibilité nerveuse est médiocre, et produisant le mouvement réflexe de l'attaque convulsive quand la susceptibilité nerveuse est intense ou que les causes occasionelles sont violentes.

Quant aux symptômes différentiels du nervosisme et de l'hystérie convulsive, je trouve que leur opposition a été exagérée.

Ainsi, on doit accorder certainement que la forme convulsive est plus tranchée, plus définie que la forme vaporeuse; mais cependant cette dernière n'est pas tellement protéiforme qu'au dire de notre confrère on la trouve à peine semblable sur deux personnes. Si je ne m'abuse, on observe assez souvent chez les femmes vaporeuses la réunion des symptômes suivants : gonflement de la région épigastrique ou des hypochondres, névralgie intercostale, palpitations, sentiment de dyspnée, quelquefois de boule qui, partant de l'estomac, remonte jusqu'au milieu de la région sternale, et même jusqu'à la gorge, sans être suivi de mouvements convulsifs. On voit par là que la sensation de boule ascendante, qui, pour M. Bouchut, donne un cachet caractéristique à l'hystérie, c'est-à-dire à la forme convulsive, se trouve aussi, mais moins souvent, dans le nervosisme, c'est-à-dire dans la forme vaporeuse. Et ce qui prouve que la forme convulsive n'est qu'un degré de plus que la forme vaporeuse, comme je le disais plus haut, c'est que lorsque cette dernière vient à augmenter d'intensité par suite d'un surcroît dans l'intensité de la cause, la sensation de boule s'exagérant et devenant plus intolérable à la malade, finit par donner lieu aux mouvements réflexes de l'attaque convulsive.

J'en dirai autant de l'état de la nutrition dont M. Bouchut se sert pour séparer l'hystérie convulsive de son nervosisme. D'après cet observateur, la nutrition est conservée dans l'hystérie convulsive et très détériorée dans le nervosisme. Je regrette fort de ne pouvoir adopter cette opinion, car voici ce que j'ai remarqué : Toutes les femmes affectées d'hystérie convulsive sont maigres absolument ou relativement; on en trouve bien qui, malgré leurs attaques, ont encore un certain

embonpoint; mais si on les interroge à ce sujet, elles répondent toutes que leur embonpoint était encore plus marqué avant leurs attaques convulsives. Et quand on a l'occasion d'observer de ces femmes qui, sous l'influence d'une augmentation dans l'intensité des causes, passent de la forme vaporeuse à la forme convulsive, on constatera facilement un surcroît de maigreur et de détérioration.

Toutes ces raisons me semblent démontrer qu'on ne peut pas opérer une séparation radicale entre les formes convulsive et vaporeuse de l'affection hystérique, c'est-à-dire, pour M. Bouchut, entre l'hystérie et le nervosisme. Cette séparation est aussi arbitraire et aussi illégitime que celle que l'on voudrait tenter entre le vertige et l'attaque de la maladie épileptique. Et pourtant, quelle dissemblance de phénomène n'avons-nous pas ici? L'attaque épileptique, en effet, est plus dessinée encore et plus invariable que l'attaque hystérique; quant au vertige, il est tout aussi protéiforme que l'hystérie vaporeuse. Malgré cette différence, on regarde l'attaque et le vertige comme deux manifestations différentes du mal épileptique, parce qu'elles se rencontrent habituellement chez le même individu, et que souvent l'une sert de prodrome à l'autre, comme cela se fait entre la forme vaporeuse de l'hystérie et la forme convulsive.

Voilà pour l'hystérie. Passons maintenant à l'hypochondrie, et voyons si cette maladie est distincte du nervosisme.

Hypochondrie. — Pour M. Bouchut, comme pour un grand nombre de médecins, « l'hypochondrie est caractérisée par une préoccupation constante sur des souffrances réelles ou imaginaires. » Or, cette définition de l'hypochondrie n'est guère donnée et acceptée que depuis le commencement du siècle; et il n'est pas sans profit, comme on le verra, pour l'éclaircissement de la question qui nous occupe, de remonter plus haut et de connaître précisément quels étaient pour les anciens médecins le caractère essentiel de l'affection hypochondriaque.

Les anciens médecins, c'est-à-dire Sydenham, Sennert,

Willis, Highmore, Hoffmann, Stahl, Stoll, etc., appelaient *hypochondrie* une maladie à symptômes multiples, mobiles et variables, qui avaient pour foyer ou pour siége principal la zone des hypochondres et de l'épigastre. Cette maladie s'appelait encore « morbus flatuosus, passio hypochon-» driaca, etc. » Ils avaient donc, comme l'on voit, donné à une collection de symptômes extrêmement nombreux et variables un nom anatomique tiré de la région où siégeait habituellement la prédominance symptomatique de la maladie, c'est-à-dire la région hypochondriaque. Il n'y a rien d'étonnant à cela.

Les symptômes de cette maladie étaient, comme je viens de le dire, très nombreux; on en jugera par l'énumération suivante, que je vais faire d'après les descriptions détaillées que nous ont laissées les médecins illustres dont j'ai cité plus haut les noms :

« Malaise et souffrance du ventricule, qui ne peut supporter les aliments et qui les digère mal; régurgitation, vomissement de matières pituiteuses ou acides; éructation de gaz abondants et qui, avant d'être rejetés, distendent les parties voisines, surtout les hypochondres.

» Douleurs violentes de l'estomac, qui s'irradient jusque dans le dos, soit à jeun, soit après le repas.

» Constipation opiniâtre, par suite de laquelle les gaz distendent l'intestin et l'hypochondre, et produisent de la douleur, des borborygmes et un sentiment de fluctuation dans le côté gauche de l'abdomen.

» Chaleur comme inflammatoire des deux hypochondres, surtout du gauche, dont les malades se plaignent vivement. Leurs joues sont rouges et congestionnées après l'ingestion alimentaire.

» Il y a des syncopes, des palpitations et des mouvements désordonnés du cœur et des artères; ce qui tourmente les malades et les fait désespérer de leur guérison.

» La respiration est difficile, surtout après le mouvement. Il y a dans la poitrine une douleur et une constriction qui

menacent de suffocation et qui inquiètent vivement les malades.

» La tête est le siége de douleurs violentes, comme si, disent les patients, le cerveau allait sortir du crâne : vertiges, éblouissements, cécités passagères, abolition de la mémoire, tintements d'oreilles, embarras de la langue et perte de la parole.

» Chez quelques-uns, crainte, tristesse, imagination délirante, comme si le malade était victime d'une fascination ou atteint d'autres maladies : « Ut se fascinatos aliisve afflictos » morbis facile credunt (1). »

» Dans les membres, sentiment profond de lassitude avec douleurs violentes, accompagnés de fourmillement ou de stupeur.

» Sommeil troublé par des rêves fatigants, ou suspendu par des insomnies pleines de terreur et d'inquiétudes.

» Tels sont les symptômes les plus habituels de l'hypochondrie des anciens médecins. Mais ces auteurs ont bien soin d'ajouter qu'on ne les trouve pas tous réunis sur le même sujet. Highmore dit : « Hæc omnia symptomata non in omnibus reperere licet ; sed alia in aliis, nunc pauciora, nunc » plura apparent (2). »

Nous avons dit que la dénomination d'hypochondrie avait été donné à cette maladie à cause de la vaste région dans laquelle existent ses symptômes radicaux ou prédominants. Mais c'est là un siége bien peu précisé à cause de la pluralité des viscères que renferme la zone des hypochondres et de l'épigastre. Aussi y a-t-il divergence dans les auteurs au sujet de celui des viscères sous-diaphragmatiques, qui serait le foyer précis de la maladie hypochondriaque. C'est ainsi qu'on a tour à tour placé cette maladie dans l'estomac (Dioclès, Highmore, de le Boë, Hoffmann), dans la rate (Galien, Avicenne, Fernel, Sennert, Willis), dans le côlon (Etmuller), dans la veine porte (Stalh, Juncker).

(1) *Highmori exercitationes duæ*, p. 84. Amstelodami, 1660.
(2) *Loco citato.*

Quant à la pathogénie de l'hypochondrie exposée par la plupart des auteurs que je viens de citer, il ne sera pas hors de propos de la mentionner ici. La voici en deux mots : les organes hypochondriaques ou sous-diaphragmatiques, qui servent particulièrement à la digestion, étant affectés à la suite de causes morales ou d'une mauvaise hygiène alimentaire, ou d'autres circonstances étiologiques qu'il serait trop long d'énumérer, la chylification se trouve altérée ou enrayée; le sang n'étant pas suffisamment réparé dans ses pertes, est plus *ténu* (*tenuior*) et il en résulte des désordres nombreux et variables dans toute l'économie, et particulièrement dans le système nerveux.

Voilà, en abrégé, les symptômes caractéristiques et la pathogénie de l'hypochondrie, que l'on trouve dans la plupart des auteurs qui ont écrit avant le XIXe siècle. Nous allons rechercher maintenant comment s'est fait le changement qui existe actuellement dans la signification du mot *hypochondrie*.

Parmi les symptômes de l'hypochondrie des anciens médecins, il en est un qui a dû vous frapper, c'est l'appréhension qui tourmente le patient, au sujet de sa maladie et des suites qu'elle peut avoir. Ses terreurs sont excitées, tantôt par l'état du pouls, tantôt par la gêne de la respiration; enfin, chez quelques-uns, l'imagination est tellement frappée, qu'ils se croient atteints d'autres maladies, ou même victimes d'une fascination : « In nonnullis metus, tristitia, falsa » imaginatio excruciat, ut se fascinatos, aliis ve afflictos » morbis facile credunt (1). »

Ce travers morbide de l'intelligence, qui figure au nombre des symptômes de l'hypochondrie, mais qui, pourtant, ne la caractérisait pas pour les anciens, a paru être tellement essentiel, dans cette maladie, à plusieurs nosographes de la fin du siècle passé, Sagar, Sauvages, Cullen, etc., qu'ils le firent figurer dans la définition de l'hypochondrie. En effet, l'un d'eux, Sauvages, définit ainsi cette maladie : « Morbus » diuturnus quo affectus se in mortis periculo versari ex ructu,

(1) *Loco citato.*

» palpitatione aliis se levidensibus malis, imaginatur. » C'est encore pour cela que ces nosographes classèrent l'hypochondrie dans les hallucinations (Sauvages, Sagar) ou les maladies imaginaires (Linné).

A partir de cette époque, l'hypochondrie fut, pour ainsi dire, entièrement absorbée ou effacée par un de ses symptômes, par cette altération particulière de l'intelligence, qui consiste à s'exagérer la gravité d'une maladie, ou même à considérer comme réelle une maladie imaginaire, c'est-à dire par le symptôme *nosomanie*.

Les auteurs de ce siècle ont presque tous marché sur la trace des précédents nosographes. C'est par là qu'il faut comprendre pourquoi Frank, Georget, MM. Falret, Brachet, Dubois (d'Amiens), Michéa, etc., etc., ont tous, à l'exception de Louyer-Villermay, Hufeland, Trousseau, Pidoux et quelques autres, présenté l'hypochondrie comme une névrose de l'intelligence. Quand on lit ces auteurs distingués, qui font justement autorité dans la science, on voit que c'est la nosomanie qui, sous l'ancien nom d'hypochondrie, domine toute la maladie.

Il y a même plus, c'est que les symptômes fournis par l'abdomen, le thorax, etc., tels que les éructations, les palpitations, etc., qui ont toujours servi à constituer l'hypochondrie des anciens, et qui figurent même dans la définition précédemment citée des nosographes qui ont mis les premiers en relief essentiel l'*horreur* ou la *crainte exagérée de la maladie;* ces symptômes, dis-je, ne sont plus nécessaires pour caractériser l'hypochondrie des modernes. Il suffit maintenant de se croire affecté d'une maladie grave que l'on n'a pas pour être considéré comme hypochondriaque.

Ce désordre particulier de l'intelligence existe réellement comme fait pathologique; il est impossible, dès lors, de ne pas le compter au nombre des maladies qui affligent l'espèce humaine. Mais, dans un but de précision analytique, on doit le distinguer, sous le nom de *nosomanie*, de l'hypochondrie de Willis, Hoffman, Stoll, etc., bien que souvent il figure parmi les symptômes de cette dernière maladie.

Il me semble, en un mot, qu'on doit comprendre les rapports de la nosomanie et de l'hypochondrie des anciens, de la même manière à peu près que ceux de l'hydrophobie et de la rage. En effet, on sait que la rage a l'hydrophobie pour symptôme; mais l'on sait aussi que ce symptôme, surtout chez les animaux, n'est pas constant, essentiel dans la rage; d'un autre côté, on admet avec raison qu'en dehors de la rage on peut observer l'hydrophobie. Eh bien! on peut en dire autant de la nosomanie et de l'hypochondrie.

Nous allons voir que les anciens avaient déjà distingué de l'hypochondrie la crainte exagérée de la maladie, seulement ils n'avaient pas donné un nom particulier à ce dernier symptôme; ils le comprenaient dans le nom générique de *mélancolie*. « Melancholia, » dit Sennert, « est delirium sine febre » cum tristitia et timore. » *Timore*, c'est-à-dire la crainte d'une manière générale, dans laquelle se trouve comprise la crainte particulière de la maladie. On ne peut conserver aucun doute à ce sujet quand on réfléchit au passage déjà cité d'Highmore, dans lequel cet auteur signale les troubles de l'intelligence chez les hypochondriaques : « In nonnullis me» tus, tristitia, falsa imaginatio excruciat, ut se fascinatos » aliisve afflictos morbis facile credunt; » c'est-à-dire, il y a chez *quelques-uns* des terreurs imaginaires portées au point de croire qu'ils sont victimes d'une fascination ou atteints d'autres maladies.

Eh bien! la mélancolie des anciens comprise ainsi, c'est-à-dire comme renfermant la nosomanie des modernes, était parfaitement distinguée de l'hypochondrie. En effet, Sennert nous apprend que la mélancolie s'appelle *hypochondriaque* quand elle a sa source dans les hypochondres : « Melancholia » hypochondriaca apellatur, quod ex hypochondriis ortum » habeat. » L'hypochondrie, dit encore cet auteur, est une maladie plus étendue ou plus générale que la mélancolie hypochondriaque : « Notandum tamen affectionem hypochon» driacam latius patere, quam melancholiam hypochondria» cam. » Sennert ajoute que la mélancolie ne se trouve pas exclusivement dans l'affection hypochondriaque : « Neque

» semper cum affectione hypochondriaca melancholia conjun-
» gitur (1). » En effet, il reconnaît et décrit au long une mélancolie idiopathique ou primitive : « Quæ fit cerebro primario » affecto (2) ; » puis des mélancolies symptomatiques d'affections autres que l'hypochondrie. Tout ce qui a trait à la mélancolie en général et à ses espèces, est exposé par Sennert dans la partie consacrée aux maladies de la tête, tandis que l'histoire de l'hypochondrie se trouve placée dans le livre où il traite des maladies de l'abdomen.

Après cette excursion dans l'historique de l'hypochondrie, excursion assez importante comme on le verra, revenons à M. Bouchut et discutons la question que nous nous sommes proposée et que je dois rappeler ; la voici :

Le nervosisme est-il distinct de l'hypochondrie?

Il est évident que le nervosisme n'est pas différent de l'hypochondrie, quand on comprend cette dernière maladie comme les anciens ; mais si, comme la plupart des médecins actuels, on entend la nosomanie sous le nom d'hypochondrie, le nervosisme et l'hypochondrie sont deux maladies différentes.

M. Bouchut, pour nous donner une juste idée de son nervosisme, nous dit qu'il faut lui appliquer ce que Mead pensait du mal hypochondriaque, que c'est une maladie générale plutôt qu'une maladie locale ; *non unam aliquam sedem habet malum quod hypochondriacum dicitur, sed totius corporis est morbus.* Je suis complétement de cet avis, et c'est là une vérité que tout le monde doit admettre, puisqu'il s'agit ici de la même maladie portant deux noms différents.

Du reste, il faut le reconnaître, puisque M. Bouchut donnait au mot *hypochondrie* le sens de *nosomanie*, il était juste qu'il signalât en dehors de l'hypochondrie, c'est-à-dire de la nosomanie, le groupe de symptômes nerveux, nombreux et mobiles, qu'il appelle nervosisme. Le même groupe de symptômes a été également reconnu sous différents noms par

(1) *Opera*, t. III, p. 101. Lugduni, 1676.
(2) *Ibid.*, p. 39.

d'autres médecins qui ne voient également qu'une simple nosomanie dans l'affection hypochondriaque; c'est ainsi qu'il a été appelé *névropathie protéiforme* par M. Cerise, *surexcitation nerveuse* par M. Gillebert d'Hercourt, etc.

Le nervosisme est une affection commune aux deux sexes. Or, comme chez la femme, ainsi que nous avons cherché à le démontrer contre M. Bouchut, il se confond avec l'hystérie dont il constitue la forme vaporeuse, non convulsive, et comme chez l'homme il ne diffère pas de l'hypochondrie des anciens, il s'ensuit que ces médecins anciens étaient parfaitement fondés à regarder l'hystérie et l'hypochondrie comme deux maladies semblables. En effet, ces deux maladies se ressemblaient sous le rapport des phénomènes prédominants fournis par la zone des hypochondres et de l'épigastre; seulement on avait remarqué que souvent, chez la femme, ces phénomènes prédominants aux hypochondres avaient leur point de départ dans l'utérus, et c'est pour cela qu'on les appelait *hystériques*, c'est-à-dire d'origine utérine. Pour le dire en passant, on avait donc donné et à l'hypochondrie et à l'hystérie des dénominations purement anatomiques.

On admettait donc que l'hystérie et l'hypochondrie ne faisaient qu'une seule et même maladie, existant, la première chez la femme, et la seconde chez l'homme. Toutefois on accordait aussi que l'hypochondrie pouvait exister chez la femme; c'était lorsque les symptômes prédominants aux hypochondres n'avaient pas leur origine dans l'utérus; ce qui, on le sait, peut être observé bien souvent.

Aussi, cette fusion de l'hystérie et de l'hypochondrie se trouve-t-elle dans tous les auteurs anciens. Sydenham, dans sa lettre si connue à Guillaume Cole, traite de l'hystérie et de l'hypochondrie sous le nom générique d'*affection hystérique;* Stahl et son élève Juncker ne font qu'une seule histoire des deux maladies sous le nom de mal *hypochondriacohystérique ;* Stoll proclame également la même idée d'assimilation et décrit le paroxysme hystérique dans une thèse sur l'affection hypochondriaque (1). Enfin, on sait que

(1) Stoll, *Dissertationes medicæ*, p. 401, t. II. Viennæ, 1789.

dans le siècle passé il a paru plusieurs ouvrages par Pomme, Viridet, Pressavin, Whytt, etc., dans lesquels l'hypochondrie et l'hystérie sont confondues sous le nom générique de *vapeurs chez les deux sexes.*

Ceux pour qui le mot *hypochondrie* est synonyme de *nosomanie*, et qui oublient que pour Sennert, Sydenham, Stahl, etc., le symptôme nosomanie n'était pas plus essentiel à l'affection hypochondriaque, que le symptôme palpitations, ou le symptôme éructations ; ceux-là, dis-je, ont la plus grande peine à concevoir qu'on ait jamais pu confondre l'hystérie et l'hypochondrie. C'est ainsi qu'un auteur moderne justement estimé va jusqu'à dire que Sydenham, qu'il accuse d'être l'auteur principal de cette confusion des deux maladies, ne s'était pas livré à des méditations suffisantes sur les différences de l'hystérie et de l'hypochondrie, dans la crainte qu'un excès de travail ne lui donnât une de ces attaques de goutte auxquelles il était si sujet (1). « De là, dit notre auteur, qui est aussi bon observateur que spirituel écrivain, de là cette imperfection dont la fatale influence se fait sentir encore aujourd'hui sur le diagnostic des névroses. » Tout le monde doit voir que la goutte de Sydenham n'est pour rien dans cette confusion, ou plutôt dans cette fusion; la cause en est seulement dans le mot *hypochondrie*, qui n'avait pas le même sens pour Sydenham que pour son critique.

Cela se conçoit parfaitement; et vous savez, messieurs, que les dénominations modernes n'ont pas toujours la même signification que les dénominations anciennes. C'est ainsi que dans le siècle passé le mot *pleurésie* signifiait tout à la fois une pleurite et une pneumonite. On appelait PLEURÉSIE HUMIDE ou *avec expectoration*, la pneumonite, et PLEURÉSIE SÈCHE, ou *sans expectoration*, la pleurite. Aujourd'hui, le mot de *pleurésie sèche* est réservé exclusivement à ces pleurites qui existent sans épanchement; de sorte que cette dernière dénomination a quitté son sens symptomatique pour prendre

(1) Landouzy, *Traité de l'hystérie*, p. 247.

un sens anatomique. Il en est de même du mot *apoplexie* qui, dans l'ancienne pathologie, désignait un groupe symptomatique constitué par la perte subite de l'intelligence, du sentiment et du mouvement, et qui maintenant, pour un très grand nombre, s'applique aux hémorragies intra-organiques, non pas seulement de l'encéphale, mais encore de tous les organes. C'est encore une dénomination qui de symptomatique est devenue anatomique. Il en est ainsi d'une foule d'autres.

Mais je n'en ai pas encore fini avec le nervosisme. En disant que le nervosisme de M. Bouchut était semblable à l'hypochondrie des anciens, je ne prétends pas que l'on puisse lire dans les descriptions des anciens auteurs tous les phénomènes signalés par notre confrère comme constituant son nervosisme. On n'y trouve, en effet, ni les névralgies précisées, ni les bruits d'artères, ni les modifications diverses de la sensibilité, ni tous ces détails séméiologiques dont s'est enrichie la médecine moderne. Mais à part cela, je soutiens que le tableau pathologique est le même dans l'hypochondrie des anciens et dans le nervosisme.

M. Bouchut, comme nous l'avons dit en commençant, distingue le nervosisme en chronique, c'est celui dont il a été question jusqu'à présent, et en aigu, dont il nous reste à parler.

S'il est difficile de tracer une description générale des affections vaporeuses à l'état chronique, à cause de leur forme si mobile, c'est une difficulté plus grande encore de la tracer à l'état aigu ou fébrile. On en donne une idée suffisante, en disant que c'est une réunion de symptômes nerveux capables de simuler une affection pyrétique ou phlegmasique.

M. Bouchut expose quelques faits de son nervosisme aigu. Je pense que tout le monde en a vu de semblables; j'en ai observé moi-même quelques cas que je vous demande la permission de vous rapporter.

Pendant que j'étais médecin à l'ancien Hôtel-Dieu annexe, on apporta dans mon service une jeune fille employée à la

cuisine et douée d'un tempérament nerveux, qui, à la suite d'une vive contrariété, était tombée tout à coup dans un état de faiblesse, de stupeur, qui simulait assez bien une fièvre typhoïde. Cinq ou six jours après, elle était guérie et reprenait son service.

Depuis cette époque, j'ai observé plusieurs faits semblables survenant après les grandes commotions morales ou les grandes fatigues physiques, soit chez les femmes, soit chez les hommes. J'appelle cette forme nerveuse *fausse dothinentérie*.

J'ai vu à l'hôpital Cochin une jeune fille qui, à la suite d'une vive colère, nous présenta une grande dyspnée accompagnée de fièvre, comme si elle eût été atteinte d'une phlegmasie thoracique. Il n'y avait aucun signe révélé par l'auscultation et la percussion. Je lui donnai un bain, et presque à l'instant les symptômes précédents se dissipèrent.

J'ai observé également des faits de nervosisme aigu qui simulaient extrêmement, soit des encéphalites, soit des apoplexies.

Quand les affections nerveuses aiguës se montrent d'une manière périodique, de manière à imiter une fièvre intermittente, c'est presque toujours la nuit, au milieu de ces insomnies pénibles qui fatiguent tant les malades.

M. Bouchut intercale dans son nervosisme aigu une maladie nouvellement signalée par notre regrettable collègue Chomel, sous le nom de *forme grave de dyspepsie acide* (1). Je n'ai rien à dire contre la dénomination de cette maladie ; je crois au contraire que la dyspepsie est un centre pathologique trop important pour qu'on ne le mette pas en saillie dans la pathogénie d'une foule de maladies. Mais je pense que, jusqu'à nouvel ordre, on ne doit pas classer cette maladie, si peu connue encore, dans la classe des névroses, pour cette raison que tout le monde sentira, c'est que la *dyspepsie acide* dont il est question s'est toujours, ou à peu près, terminée par la mort, tandis que les névroses dont il s'agit dans cette discussion ont

(1) Chomel, *Des dyspepsies*.

pour caractère de n'être pas graves immédiatement ou par elles-mêmes.

Les anciens médecins n'ont pas insisté d'une manière spéciale sur la description de cette forme aiguë de névrose, mais pourtant ils l'ont suffisamment signalée en disant que l'hystéro-hypochondrie imitait toutes les maladies, soit aiguës, soit chroniques.

Pour abréger et pour ne pas aller bien loin chercher les preuves de ce que je viens de dire, je vous citerai Louyer-Villermay, qui, ainsi que vous le savez, comprenait l'hypochondrie à la manière des médecins du XVIIe siècle. Cet auteur consacre au diagnostic de l'hypochondrie (1) un très long chapitre, dans lequel il passe en revue les différentes affections qu'elle peut simuler. Il signale entre autres l'apoplexie, la néphrite aiguë; et il fait, à propos des maladies aiguës du thorax, intervenir l'autorité de Baillou, qui avait vu traiter pour un catarrhe aigu une hypochondrie avec douleur dans la poitrine. Il reproduit aussi un passage d'Huxham, qui assure avoir vu plusieurs fois confondre la péripneumonie avec des attaques d'hypochondrie.

Le nervosisme aigu était donc connu en substance, bien qu'on ne le décrivît pas; et à ce sujet je rappellerai encore ces considérations si longtemps classiques sur l'état des urines pour le diagnostic des maladies nerveuses. Les urines, disait-on avec raison, sont aqueuses, limpides, inodores et abondantes dans les affections vaporeuses, tandis qu'elles sont colorées, épaisses, odorantes et peu abondantes dans les fièvres. Preuve donc que les affections nerveuses peuvent ressembler aux fièvres, c'est-à-dire prendre une forme aiguë, tout en conservant leur caractère habituel d'altération urinaire.

Là se termine ce que j'avais à dire sur le Mémoire de M. Bouchut.

De toutes les considérations dans lesquelles je suis entré

(1) *Traité de l'hystérie et de l'hypochondrie*, t. II, p. 570, 578.

jusqu'à présent, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La collection de symptômes appelés *nervosisme* par M. Bouchut, se confond avec l'hystérie dont elle constitue la forme vaporeuse.

2° Le nervosisme se confond aussi avec l'hypochondrie des anciens; il en est la reproduction réelle, mais il diffère manifestement de l'hypochondrie de la plupart des auteurs modernes, c'est-à-dire de la nosomanie.

3° Il n'y a par conséquent rien de nouveau dans l'exposition des symptômes qui constituent le nervosisme, soit à l'état chronique, soit même à l'état aigu.

4° Néanmoins le travail de M. Bouchut est important, parce qu'il met en lumière d'anciennes vérités sous des dénominations nouvelles, qu'il les reproduit d'une manière pressante, et avec toute la force que donne seule l'observation des faits.

— M. Gibert : Des deux discours entendus dans la première séance de cette discussion, le premier a offert par avance une réfutation si complète et si péremptoire du second (1), que je n'ai point à m'occuper de celui-ci.... si ce n'est peut-être pour remercier M. Piorry de l'appui qu'il est venu donner à une assertion qui avait paru tant soit peu *agaçante* à M. Bouillaud.

(1) « Les névroses, dit-on, n'offrent point de lésion matérielle appréciable après la mort... Cela était bon à dire il y a quarante ans, mais n'est pas de mise en 1859... S'il y a des névroses où l'on n'a pas constaté de phénomènes anatomiques, c'est que l'on n'a pas pu ou que l'on n'a pas su les constater... Un grand nombre de ces névroses ont pour point de départ une oscillation, une vibration que le malade éprouve manifestement, bien que le médecin ne puisse la découvrir... Il y a des *phénomènes* physiques ou chimiques que l'on ne voit pas, mais qui n'en existent pas moins... »

Piorry.

« ... Je reconnais que, dans toutes les maladies dont j'ai parlé, il y a un élément vital, dynamique, nerveux, qui est inappréciable à nos moyens d'investigation, et qui le sera toujours. » Bouillaud.

J'avais dit, en opposant les partisans de l'*anatomisme* à ceux de l'hippocratisme, que les premiers, croyant toujours découvrir dans la contexture matérielle des organes la raison de tous les phénomènes pathologiques, ne se faisaient pas faute, au besoin, de *supposer* l'existence de la lésion matérielle que leurs sens ne pouvaient apercevoir. Or, vous avez entendu M. Piorry vous parler d'une prétendue *oscillation ou vibration moléculaire* qui lui suffisait, en l'absence de toute lésion appréciable, pour constituer l'élément organique de la névrose. Il est vrai qu'il a rangé naïvement cette lésion au nombre *des phénomènes* qu'on ne saurait voir.... Singulier *lapsus* pour un savant si familier avec le grec!

Mais parlons sérieusement. M. Bouillaud, après avoir donné hautement son adhésion aux vues pratiques exposées dans mon rapport, s'est principalement attaché à faire l'histoire de la chlorose. Je n'ai point à m'occuper de ce sujet, qui ne rentrait qu'accessoirement dans la question principale.... si ce n'est que M. Bouillaud ne me paraît pas s'être prononcé catégoriquement entre les deux opinions capitales exprimées sur la chlorose par les médecins de notre époque, savoir : celle de M. Blaud, qui, dès 1832, déclarait formellement que la maladie dépendait d'une altération primitive du sang, tandis que notre honorable collègue, M. Jolly, dans un mémoire remarquable qui lui a ouvert les portes de cette Académie, s'est attaché à démontrer (et, je le crois, avec succès) que le système nerveux était l'élément organique primitivement et spécialement affecté dans l'état chlorotique (1).

Remarquons surtout que le remède spécifique de la chlorose (le fer) a été trouvé bien longtemps avant l'invention des théories modernes, et qu'il a été notamment préconisé par Sydenham.

Quant à l'hippocratisme moderne, dont j'ai cru devoir, à l'occasion des maladies sans lésion organique appréciable aux sens, rappeler la formule exprimée en termes précis et carac-

(1) Voir le tome I, année 1832, et le tome IV, année 1839, de la *Revue médicale*.

téristiques, regrettant que dans une discussion académique récente on n'ait pu savoir à quoi s'en tenir sur le jugement qu'auraient dû en porter les médecins organiciens.... cette fois encore je n'ai pu obtenir de réponse à une question nettement et clairement posée.... Eh bien ! je prendrai patience et j'attendrai !

Mais il est un point que je ne veux pas passer sous silence et sur lequel mon sentiment diffère absolument de celui de M. Bouillaud. Je ne saurais, en vérité, partager l'admiration qu'il professe pour l'opinion exprimée dans cette phrase échappée à la plume un peu trop facile du célèbre Bichat : « *Qu'est l'observation si l'on ignore où siége le mal?* » Je dis que c'est beaucoup, et cette attaque imprudemment portée à la médecine ancienne ne repose que sur un paradoxe. Où donc, je vous prie, fixez-vous le siége de la fièvre, de la morve, du choléra-morbus, du rhumatisme, de la goutte, de la rage, de la syphilis? Est-ce que l'observation pure et simple, l'observation *hippocratique*, ne nous a rien appris sur toutes ces affections? Il est telle d'entre elles (notamment la dernière) sur laquelle l'observation clinique (abstraction faite de toute connaissanee de siége ou d'élément organique) nous a révélé tout ce qu'il importait au médecin de savoir sur l'origine, la nature, la marche, la terminaison, le traitement.... c'est-à-dire, en un mot, sur tout ce que comprend la *prognose hippocratique*.... dont M. Bouillaud ne me paraît pas avoir bien saisi les caractères.

D'ailleurs, je le répète, je ne puis que remercier M. Bouillaud de l'appui sympathique qu'il est venu apporter aux opinions que j'avais exprimées sur la thérapeutique des affections nerveuses : j'attache un grand prix à la sanction généreuse et imposante que l'autorité de sa parole est venue donner aux observations que j'avais faites sur le danger de méconnaître dans la pratique l'*état nerveux*, et de s'en laisser imposer par des apparences qui pourraient conduire aux erreurs thérapeutiques les plus préjudiciables au malade.

Il est pourtant un reproche auquel je dois répondre, bien qu'il m'ait été adressé avec toute la courtoisie possible.

M. Bouillaud s'est plaint de ce que je n'avais pas donné assez de développement, dans mon rapport, aux opinions de M. Bouchut, et de ce que, faute d'être entré dans un détail suffisant des faits et des choses, j'avais laissé planer quelque vague et quelque incertitude sur le caractère essentiel du travail dont j'avais à rendre compte.

Je confesserai franchement à cette tribune que le tort dont on m'accuse est un tort volontaire. Par une réaction peut-être exagérée contre les longs discours, je m'attache toujours, et avant tout, à être bref et concis. Il m'a toujours semblé qu'en présence d'un auditoire aussi instruit et aussi éclairé, c'était un abus que de vouloir transporter dans cette enceinte des habitudes d'enseignement qui conviennent à d'autres lieux. Ici nous parlons à des collègues qui entendent à demi mot, et qui, dans presque tous les cas, sont tout aussi bien au courant de la question que l'orateur lui-même.

En particulier, dans le cas actuel, j'ai cru qu'il me suffisait, pour rendre à l'auteur du mémoire la justice qui lui est due, d'exposer l'idée mère de son travail sans entrer dans les détails que pourrait comporter un mémoire de 300 pages qui renferme quarante-trois observations particulières.

Or, cette idée fondamentale, qui a paru à votre commission mériter une mention honorable (à laquelle a bien voulu s'associer M. Bouillaud), c'est, pour me servir du terme adopté par l'auteur du mémoire, d'élucider la question du *nervosisme* en cherchant à établir, d'une part, qu'un fond commun rapproche les unes des autres les diverses névroses décrites sous les noms d'hystérie, d'hypochondrie, de mélancolie, de surexcitation nerveuse, de cachexie nerveuse, etc., et, d'autre part, qu'il existe des affections nerveuses, soit aiguës, soit chroniques, qui simulent des lésions locales inflammatoires ou organiques qu'il importe beaucoup d'en distinguer, car le traitement approprié à ces dernières est extrêmement nuisible aux autres.

Le soin qu'a pris M. Bouchut de fonder cette distinction sur des faits empruntés aux auteurs classiques et décrits par

eux sous des noms variés, et sur des observations qu'il a recueillies lui-même, nous a paru digne d'éloge et d'encouragement.

N'omettons pas d'ajouter que l'auteur a décrit un nervosisme aigu et fébrile, beaucoup plus rare et beaucoup moins bien connu que l'état nerveux chronique. Je pense qu'on pourrait y rattacher ces épidémies fébriles observées, il y a un certain nombre d'années, dans nos garnisons militaires, épidémies dans lesquelles on voyait rapidement succomber les malades traités par les émissions sanguines, comme atteints de méningo-encéphalite, tandis que l'opium opposé aux accidents nerveux amena les résultats les plus heureux et les plus inattendus.

D'ailleurs, le mémoire de M. Bouchut ne contient que deux observations détaillées de nervosisme aigu fébrile; ce sont deux exemples de fièvre continue avec abattement, affaiblissement, amaigrissement, gastralgie, vomissements, s'aggravant sous l'empire du régime antiphlogistique, et se terminant heureusement sous l'influence d'une alimentation méthodique.

Quant au nervosisme *chronique*, à l'état nerveux proprement dit, notre excellent collègue, M. Baillarger, en sa qualité de membre de la commission, est venu en aide au rapporteur, et vous a signalé les principaux caractères de cet état considéré comme distinct de l'hystérie, de l'hypochondrie et de la mélancolie.

Mais il est une dernière objection que je ne dois pas passer sous silence. On nous a dit : Qu'y a-t-il de *nouveau* dans le travail de M. Bouchut? D'abord, nous n'avons nullement prétendu faire décerner à l'auteur un brevet d'invention. Dans un art qui compte plus de deux mille ans d'existence, les prétendues nouveautés ne sont parfois que de vieilles erreurs; et comme la vérité est assez souvent plus ancienne encore que l'erreur, c'est presque faire du nouveau que de réhabiliter et d'accommoder à nos formes modernes une ancienne vérité plus ou moins méconnue. Or, si l'on venait à soutenir

que l'état nerveux, tel que l'a dépeint M. Bouchut, a été admis et reconnu par tout le monde, il me suffirait, pour ne parler ici que des morts, de citer des œuvres contemporaines qui ont joui d'une grande popularité, et dans lesquelles on s'est efforcé de *localiser* l'état nerveux dans des organes précis, et d'y opposer les médications topiques usitées contre les lésions organiques ou inflammatoires. Avez-vous donc oublié que, dans les *leçons* de votre collègue Lisfranc, toutes les *névroses*, chez la femme, étaient plus ou moins rattachées à la *métrite*, et traitées en conséquence? Peut-on nier que la dernière édition du *Traité des maladies de la moelle épinière* d'Ollivier (d'Angers) n'offre un grand nombre d'exemples d'états nerveux rapportés à tort à une lésion locale de la moelle ou de ses enveloppes? Le livre récent de M. Prosper Yvaren sur les *métamorphoses de la syphilis* ne contient-il pas plusieurs observations de névroses entretenues par la diathèse syphilitique, et auxquelles on avait longtemps opposé sans succès des médications dirigées contre de prétendues phlegmasies locales? M. Bouillaud ne vous a-t-il pas cité lui-même plusieurs faits de sa pratique particulière propres à mettre en lumière une erreur plus ou moins analogue? Et chacun de nous n'a-t-il pas rencontré maintes fois des cas semblables? On pouvait donc regarder comme utile et opportun d'appeler l'attention des médecins sur les dangers d'une pratique devenue trop commune sous l'empire des doctrines encore prédominantes (quoi qu'on dise) de l'*école anatomique;* et cette tâche, essentiellement utile, M. Bouchut nous a paru l'avoir remplie avec succès.

Il ne nous reste plus qu'à vous relire les quelques lignes qui terminent le rapport, en vous priant d'en adopter les conclusions.

— M. Cazeaux demande que le mémoire de M. Bouchut soit renvoyé au comité de publication.

— M. Gibert adhère à cette demande.

En conséquence, l'Académie adopte les conclusions ainsi motivées :

1° Renvoyer le mémoire de M. Bouchut au comité de publication ;

2° Adresser une lettre de remercîments à l'auteur.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Bulletin général de thérapeutique. 28 février.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 2e série, t. II, n. 2 et 3.

Le Progrès, n. 8.

L'Abeille médicale, n. 9.

Gazette médicale d'Orient, n. 11.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 8.

La France médicale et pharmaceutique, n. 9.

Gazette médicale de Paris, n. 9.

L'Union médicale, n. 23 à 25.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 23 à 25.

Gazette des hôpitaux, n. 23 à 25.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 8.

SÉANCE DU 8 MARS 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur DUTROULAU sur le service médical des bains de mer de Dieppe pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Le rapport final de M. le docteur CRESSANT sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Guéret. (*Commission des épidémies.*)

III. Deux notes de M. le docteur BILLIARD (de Corbigny), l'une ayant pour titre : *Théorie et traitement des affections croupales*, l'autre : *De la décomposition du chlorure de sodium au contact des matières organiques et de l'ozone ou sous-oxyde d'azote*. (La première de ces notes est renvoyée à l'examen de M. Trousseau, la seconde à M. Bouchardat.)

IV. La recette et l'échantillon de cigares dits *anti-asthmatiques*. — La recette et l'échantillon d'un sirop contre la leucorrhée. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. MONTUS, pharmacien à Toulouse, soumet à l'Académie un Mémoire sur la préparation de la diastase. (*Commissaires:* MM. Longet et Poggiale.)

II. Observation d'un cas de résection complète du maxillaire supérieur droit ainsi que de l'apophyse palatine de l'os

opposé, de l'os propre du nez, suivie de guérison, par M. Da Costa. (*Commissaires* : MM. Larrey, Velpeau et Jobert.)

III. M. Lailler, pharmacien à Rouen, soumet à l'Académie une préparation qu'il désigne sous le nom de bonbon nutrimentif. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. M. Tugault prie l'Académie de recevoir un pli cacheté dans ses Archives. (*Accepté.*)

—

Election d'un associé national.

L'Académie présente trois candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Bouisson (de Montpellier), 2° M. Goyrand (d'Aix), 3° M. Stolz (de Strasbourg).

Nombre des votants, 57 ; majorité, 29.

Au premier tour de scrutin :

M. Bouisson obtient	48	suffrages.
M. Stoltz —	8	—
Billet blanc	1	

En conséquence, M. Bouisson est nommé membre associé national de l'Académie.

—

LECTURES.

M. Huguier donne lecture d'un mémoire *Sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus dans les affections improprement désignées sous les noms de descente, de précipitation de la matrice, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col utérin suivant la variété de la maladie.* — Ce travail important, accompagné de planches, devant être inséré en totalité dans le tome XXIII des *Mémoires de l'Académie*, nous ne donnerons que les conclusions dans le *Bulletin.*

1. La chute de l'utérus, qu'elle soit complète ou incomplète,

n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées sous un seul nom.

2. Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur, au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas, dans la très grande majorité des cas, parce qu'elle est abaissée dans son ensemble, et complétement sortie du bassin, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général.

3. Dans l'affection désignée sous le nom de précipitation, l'allongement hypertrophique n'est pas l'exception, mais bien la règle très générale.

4. Deux variétés principales d'hypertrophie longitudinale : la *sous-* et la *sus-vaginale*, qui constituent en quelque sorte deux maladies différentes, peuvent simuler la descente et la précipitation de la matrice.

Première partie. — 5. Dans la première espèce d'allongement, le col de la matrice forme dans la cavité du vagin une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée, dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture vulvaire ou même s'engage entre les lèvres de la partie, sans que le conduit vulvo-utérin soit raccourci, invaginé ou renversé sur lui-même.

6. Elle a été, jusque dans ces derniers temps, confondue avec l'abaissement et la descente de la matrice, lorsqu'elle n'a pas été prise et traitée pour un polype, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe du col ou une hydropisie de cette partie.

7. Aucune description complète n'en avait encore été donnée, bien qu'elle ait des caractères très tranchés sous le rapport de son développement, de ses symptômes et de son traitement.

8. Les moyens médicaux et les diverses espèces de cautérisation ne sont applicables qu'aux hypertrophies légères et à celles compliquées d'inflammation et d'engorgement.

9. Les pessaires sont le plus souvent inutiles ou dangereux.

10. Lorsqu'un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents sérieux et qu'il a une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen véritablement efficace et curatif à employer, c'est la résection du col, à un demi-centimètre au-dessous de l'insertion du vagin.

Nous avons rapporté dans ce travail huit observations qui viennent confirmer ce précepte.

Deuxième partie. — 11. La maladie que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de prolapsus, de précipitation ou de chute complète de l'utérus, n'est très généralement autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'organe dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

L'exactitude de cette proposition se prouve par les recherches historiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

12. Les faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, que l'on trouve rapportés çà et là dans les auteurs des deux derniers siècles et de celui-ci, étaient passés inaperçus et avaient été jusqu'à présent entièrement perdus pour la science; les auteurs même de ces faits n'en avaient tiré aucune conclusion pratique, et avaient toujours confondu cette affection avec la véritable précipitation de l'utérus.

13. On ne trouve dans presque aucun ouvrage la preuve irrécusable séméiotique et anatomo-pathologique de l'existence de la chute complète de l'utérus.

14. Au contraire, les faits d'anatomie pathologique que nous avons décrits, ceux que plusieurs de nos collègues ont, depuis nos observations, démontrés à la Société de chirurgie, et ceux contenus dans le musée Dupuytren prouvent la fré-

quence de l'allongement hypertrophique et celle de la chute du col seulement dans l'affection appelée précipitation de la matrice.

15. L'hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale du col et la chute de l'utérus ont des caractères pathologiques et séméiotiques différents qui servent à distinguer ces deux affections.

16. Le relâchement, l'affaiblissement et la distension forcée, pas plus que la destruction des ligaments larges ou des ligaments ronds, ne concourent d'une manière bien efficace à la chute de l'utérus; il n'en est pas de même des altérations analogues des ligaments utéro-lombaires.

17. Dans le traitement de cette affection, on ne devra avoir recours à une opération sanglante ou chirurgicale, proprement dite, que lorsqu'elle détermine des accidents sérieux et que l'on a la certitude que les moyens médicaux et prothétiques sont insuffisants.

18. Toutes les opérations qui ont été inventées jusqu'à ce jour pour remplir les indications thérapeutiques qu'elle réclame sont insuffisantes. Elles peuvent être utiles dans le cas de simple chute de l'utérus sans allongement hypertrophique; et, sous ce rapport, elles doivent rester dans la science.

19. Dans cet allongement hypertrophique du col, suivi de la précipitation de cette partie et du renversement du vagin, la seule opération qui remplisse les principales indications et qui puisse être suivie de succès, c'est l'amputation du col au-dessus de l'insertion du vagin, plus ou moins près du corps de l'organe, suivant le degré de l'allongement.

20. Cette opération ne devra jamais être pratiquée avant d'avoir pris préalablement des précautions contre les inflammations consécutives. Ces précautions devront être continuées avec le plus grand soin pendant les quinze ou vingt premiers jours qui la suivront.

21. Les artères du tissu utérin sont très difficiles à saisir et à lier; il faut se servir, pour y arriver promptement et sûrement, d'une espèce de ténaculum, qu'on laisse à demeure jusqu'à ce qu'il tombe spontanément.

22. L'écraseur linéaire nous a paru utile pour terminer la section du col, surtout si cette partie est très vasculaire.

23. Lorsque la maladie est précédée d'une rectocèle ou d'une cystocèle volumineuse, ou même de ces deux affections à la fois, après avoir enlevé le col, il peut être nécessaire d'opérer isolément les hernies du rectum et de la vessie, comme cela nous est arrivé plusieurs fois avec succès.

24. L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin.

25. Lorsque l'on n'opère pas dans les conditions indiquées dans la précédente conclusion, la maladie ne récidive pas, et la santé redevient aussi florissante qu'elle était avant le développement de l'affection.

—

M. le docteur Sappey donne lecture d'un travail intitulé : *Mémoire sur un point relatif à l'histoire de la cirrhose.*

(Extrait par l'auteur.)

Ce Mémoire a pour but de déterminer la voie par laquelle le sang de la veine porte est ramené dans la veine cave inférieure, lorsqu'il ne trouve plus un libre passage à travers le foie. Il se termine par les conclusions suivantes :

1° Qu'il n'existe aucun fait bien authentique de persistance de la veine ombilicale chez l'adulte, et que tous les faits qui ont été considérés comme attestant cette persistance doivent être considérés, au contraire, comme autant d'exemples de dilatation avec hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie ;

2° Que cette veinule, en se dilatant et s'hypertrophiant, amène la dilatation et l'hypertrophie des veines avec lesquelles elle s'anastomose, et devient ainsi le point de départ d'une grande voie dérivative qui s'étend du sinus de la veine porte vers la veine principale du membre inférieur ;

3° Que cette voie dérivative est parcourue par le sang de

haut en bas, et non de bas en haut, ainsi que l'avaient pensé et le pensent encore tous les auteurs;

4° Qu'elle peut suivre tantôt les veines sous-aponévrotiques et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen; que dans le premier cas il ne se développe sur son trajet ni varices, ni tumeurs variqueuses; que dans le second, au contraire, on voit presque toujours une ou plusieurs de ces tumeurs se produire;

5° Que le courant veineux dirigé du foie avec la veine crurale accuse sa présence par un frémissement perceptible à la main, et par un murmure continu perceptible au stéthoscope;

6° Enfin, que l'existence de ce courant peut être considérée, dans la très grande majorité des cas, comme un symptôme, bien qu'il accuse toujours une cirrhose ancienne et incurable, doit être accueilli cependant comme un signe favorable, puisqu'il écarte la crainte d'une hydropisie abdominale. (*Commissaires :* MM. Robert, Barth et Ch. Robin.)

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 15.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 5.

Le Progrès, n. 7.

Recueil de médecine vétérinaire. Février.

Journal de chimie médicale. Mars.

La Revue médicale française et étrangère. Février.

La Revue thérapeutique du Midi, n. 4.

Montpellier médical, n. 3.

L'Abeille médicale, n. 10.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 2.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 9.

La France médicale et pharmaceutique, n. 10.

Gazette des hôpitaux, n. 26 à 28.

L'Union médicale, n. 26 à 28.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 26 à 28.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 9.

SÉANCE DU 14 MARS 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur MARTIN-DUCLAUX, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne). (*Commission des épidémies.*) — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Côte-d'Or, du Gard, des Basses-Alpes, de l'Orne, de la Sarthe et de Vaucluse. (*Même commission.*)

II. Tableau des vaccinations pratiquées en 1857 dans le département de la Manche. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. *Pathologie cutanée.* — Trois observations d'hémacélinose de Verlhof (genre purpura), par M. le docteur DUBOURG, correspondant à Marmande. (*Renvoi* à M. Devergie pour un rapport verbal.)

II. M. le docteur TAMPIER prie l'Académie de recevoir un pli cacheté en dépôt dans ses archives. (*Accepté.*)

III. M. le docteur E. BARTHEZ écrit à l'Académie pour l'informer qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoi* à la section.)

PRIX.

Prix Barbier. — N° 3. Traité pratique des dermatoses, ou maladies de la peau, classées d'après la méthode naturelle, etc., etc., par M. le docteur Duchesne-Duparc.

—

LECTURES.

Des hémi-diarthroses du corps humain; analyse des parties considérées comme nouvelles dans l'ouvrage du professeur H. Luschka (1), extrait par le docteur Ch. Robin.

Introduction. — L'histoire du développement des articulations osseuses peut être considérée comme la partie importante des recherches qui suivent.

La naissance des articulations, pour laquelle, jusqu'ici, les recherches ont été peu nombreuses, a été traitée par l'auteur d'une manière très étendue. Il a établi ce fait qu'entre les extrémités des parties osseuses primitives se trouve une masse de cellules qui leur est continue, et qui forme le premier degré de la période suivante. Dans les articulations qui deviennent plus tard des synarthroses, on trouve une transformation évidente en tissu fibreux et en cellules avec leur matière interstitielle. Ce tissu fibreux est ordinairement limité par des lamelles cartilagineuses des parties du squelette, et souvent ce tissu est traversé çà et là par des cellules cartilagineuses. On remarque déjà au commencement de la vie embryonnaire, dans la plupart des réunions des parties du squelette, une tendance à la formation d'une cavité pour une diarthrose future. Les phénomènes qu'offre cette disposition sont très remarquables. Il se forme, depuis la partie centrale de la masse cellulaire qui lie les deux extrémités des parties du squelette primordiales, *un travail de liquéfaction* qui s'étend jusqu'à la périphérie; cette liquéfaction intéresse tout aussi bien les cellules que la matière interposée. Les cellules qui subissent ce travail deviennent plus

(1) *Die Halbgelenke des menschlichen Körpers*, von prof. Hubert Luschka, professeur d'anatomie à Tubingue. Berlin, G. Reymer, 1858.

grandes, plus claires et plus molles. Le travail de liquéfaction commence dans les cellules par la présence de gouttelettes dans le contenu; peu à peu la cellule paraît tout à fait homogène, pour se fondre à la fin complétement. Les cellules présentent ainsi ici une espèce *de puissance sécrétante*. Par ce travail se développe une petite cavité remplie d'un fluide *synovial*. C'est d'une manière tout à fait analogue que la cavité des follicules de Graaf provient de la liquéfaction des cellules centrales, de cette masse arrondie de cellules qui forme alors la portion fondamentale des vésicules de Graaf. Les cellules qui ont échappé à cette liquéfaction, et qui entourent cette cavité primitive, constituent le point de départ, le *substratum* de la capsule articulaire.

Là où doivent naître plus tard des articulations complètes, on voit sortir de ces amas de cellules des vaisseaux sanguins et des fibres élastiques, tandis que de la matière intercellulaire ne proviennent que des fibrilles de tissu fibreux. La substance fibreuse se propage, en partie, dans la cavité articulaire sous la forme de petites lamelles. Dans la période primitive de développement, on trouve dans *toutes* les articulations, au-dessus du cartilage hyalin, encore une couche de tissu fibreux traversé par des vaisseaux capillaires, fait qu'on observe pendant *toute la vie* dans l'articulation du maxillaire inférieur.

Dans le développement des articulations creuses, il ne se forme pas une membrane vasculaire entourant la cavité; mais des cellules et de la matière intercellulaire provient un tissu fibreux, qui se prolonge dans la cavité articulaire sous des formes nombreuses et très variées.

L'*articulation* peut s'arrêter, en quelque sorte, à moitié chemin de son développement : ce n'est alors qu'un *Halbgelenke* (*hémi-diarthrose*). C'est à ce degré que s'arrêtent d'une manière *anormale* beaucoup d'articulations, qui étaient destinées à parvenir à un plus haut degré de développement; telle est, entre autres, l'articulation sterno-costale et costo-vertébrale.

Plusieurs articulations ne se forment qu'après la naissance, comme, par exemple : les *hémi-diarthroses*, entre la *poignée* et le *corps du sternum*, et certaines articulations sterno-cos-

tales. Ici la cavité se forme par le ramollissement et la liquéfaction entière de la partie centrale de cette substance fibreuse, qui réunit les parties du squelette en question. Ordinairement il ne se forme point ici de membrane synoviale; mais la cavité reste entourée d'un tissu non-vasculaire.

Des hémi-diarthroses en général. — Les caractères généraux des hémi-diarthroses sont :

1° Le manque d'une membrane contenant des vaisseaux, et qui limitent la cavité.

2° Le manque absolu d'une couche d'épithélium dans la cavité articulaire.

3° La membrane capsulaire présente une structure plus ou moins riche en tissu fibreux et cartilagineux, qui ne présente *que des vaisseaux sanguins dans la couche externe.*

4° Les cartilages articulaires sont couverts d'une couche d'un tissu fibro-cartilagineux. Un tissu semblable se trouve aussi dans les articulations complètes, ainsi que dans les cartilages de l'articulation *sterno-claviculaire* et les extrémités de la plupart des côtes.

5° Dans la cavité articulaire se trouvent des prolongements assez nombreux composés d'une substance fibreuse formant une espèce de *villosités* qui ne présentent point de vaisseaux, sortes de bourgeonnements de la plupart des couches fibreuses qui limitent immédiatement la cavité.

Des hémi-diarthroses en particulier. — Les hémi-diarthroses qui existent normalement sont impaires, et se trouvent sur la ligne médiane du corps. Elles renferment :

A. La réunion du corps des vertèbres mobiles, qu'on nomme ordinairement *synchondroses.*

B. La réunion des os pubis (symphyse des pubis).

C. Assez fréquemment, quoique pas d'une manière constante, la jonction de la poignée avec le corps du sternum.

1° *Articulations du corps des vertèbres.* — Après avoir étudié l'articulation du corps des vertèbres dans les différentes parties du règne animal, chez les poissons, les amphibies, les oiseaux, les mammifères, M. Luschka a fait de nouveau une étude spéciale des articulations du corps des vertèbres sur l'homme. Il étudie spécialement :

A. *Le cartilage articulaire.* — Il se trouve à chaque surface articulaire du corps des vertèbres une lame cartilagineuse qui est hyaline dans le voisinage de l'os, mais qui est fibreuse vers la cavité articulaire; elle produit plusieurs prolongements de différentes formes, et qui se dirigent dans les cavités. (Voy. pl. I, fig. 3, 4, 5; *AA*, pl. 3, fig. 7 de l'atlas de l'ouvrage analysé.)

Parvenue au maximum de développement du corps humain (voy. pl. I, fig. 4), la surface cartilagineuse ne s'étend plus jusqu'à la périphérie des faces osseuses du corps des vertèbres; mais à *aucune* époque du développement on ne remarque, dans le milieu de ces lames cartilagineuses, un point d'ossification principal, comme cela se trouve dans les épiphyses des os longs.

B. *La capsule articulaire.*—Elle est représentée par l'*annulus fibrosus* ou *anneau fibreux* du disque intervertébral. Il est formé par des couches concentriques; mais ces couches ne sont point formées de deux substances différentes, alternées comme on l'a enseigné à tort. Cette prétendue différence a pour cause un phénomène optique, comme, par exemple, l'aspect des figures damassées change d'après la manière dont elles sont éclairées.

Les couches les plus internes de l'anneau fibreux arrivent insensiblement dans une masse fibro-cartilagineuse molle (*nucleus pulposus*), qui forme enfin des lobes de formes diverses (pl. I, fig. 7 et 8, *bb*). Les contours de ces lobes sont en partie couverts de villosités microscopiques très élégantes, qui renferment souvent des cellules cartilagineuses (pl. III, fig. 8).

Pour ce qui regarde la structure de l'anneau fibreux, il faudra surtout faire attention à une disposition très remarquable des lamelles et bulbes (pl. III, fig. 6), qui se montrent surtout très distinctement quand on fait des coupes verticales dans la partie la plus *dense* de l'anneau fibreux. On ne remarque des vaisseaux sanguins que dans les couches externes de cet anneau (pl. II, fig 7).

C. *La cavité articulaire* (voy. pl. I, fig. 6, 7, 8, *aaa*). — Elle est remplie : 1° par les lobes et les villosités du *nucleus pulposus;* 2° par le fluide synovial, qui s'écoule quand on fait

une coupe horizontale d'une synchondrose, et qu'on tire avec une pince la masse du noyau gélatineux, dont tous les lobes se déploient par ce procédé.

Cette cavité est plus grande à la région lombaire qu'à la région cervicale de la colonne vertébrale. A cette région on trouve des *articulations latérales* entièrement inconnues et très remarquables (pl. I, fig. *bb*). On peut les comparer, quant à leur nature, aux articulations transverso-latérales des côtes avec la colonne thoracique (pl. I, fig. 2).

M. Luschka arrive à des conclusions très importantes par des recherches sur le développement des articulations du corps des vertèbres, car il pense avoir découvert par là le vrai rôle de la *chorda dorsalis*.

Les cellules de la corde dorsale de l'homme (pl. III, fig. 1), d'après lui, ne disparaissent point sans cause ni sans laisser de traces dans le commencement de la vie embryonnaire, fait qu'on avait enseigné à tort jusqu'ici, mais bien au contraire elles augmentent de nombre. Elles forment de grandes cellules mères, ainsi que des amas de cellules de forme arrondie et disposées en réseau (pl. III, fig. 3). On remarque ces amas déjà dans cette *masse gélatineuse* de réunion du corps des vertèbres chez les nouveau-nés, même à l'œil nu, en mettant ces parties entre deux lames de verre. En l'examinant au microscope, on le voit d'une manière très distincte. Dans la première période de cette augmentation (pl. III, fig. 2, *c*), par exemple, chez le fœtus humain de dix semaines, on trouve une dilatation en forme de fuseau de la gaîne de la *chorda dorsalis* au niveau du milieu de la synchondrose des vertèbres. Plusieurs cellules contiennent déjà plusieurs nucléoles, et sont enveloppées d'une matière molle presque liquide et de nature muqueuse.

La gaîne de la *chorda dorsalis* disparaît peu à peu sans laisser de traces. Le tissu voisin, qui est maintenant un peu ramolli, s'accole immédiatement à la substance gélatineuse qui est produite par l'augmentation et la transformation de la *chorda dorsalis*. Les cellules de cette masse subissent plus ou moins longtemps, après la naissance, une *fonte* entière.

A cette époque, il se forme, dans l'espace qui est rempli

par la synovie ainsi formée, des prolongements et villosités qui sortent du tissu qui entoure cette cavité, et forment par leur ensemble le *nucleus pulposus*.

Quant à l'histoire de la formation de l'*annulus fibrosus*, M. Luschka a remarqué que les futurs anneaux fibreux, chez le fœtus humain de dix semaines, sont déjà nettement séparés de la base primordiale et cartilagineuse des corps vertébraux. Leur forme se dessine vaguement dans le tissu du périoste futur. Leur substance première est encore entièrement homogène; elle est continue avec tous les corps des vertèbres cartilagineux, elle ne diffère de ces corps que par une moindre transparence. Des noyaux de cellules très nombreux, d'une forme oblongue et avec des contours foncés, sont disposés en rangées dans cette substance, de telle manière qu'ils indiquent déjà le vaisseau qui se formera plus tard (pl. III, fig. 2, *b*). Dans les périodes futures d'accroissement, la substance première se divise aussi en couches dont la disposition est déjà indiquée par la direction de ces noyaux de cellules.

En continuant l'histoire du développement qui nous occupe, M. Luschka a été conduit à étudier le travail d'ossification des corps des vertèbres. Il a remarqué qu'à l'époque de l'ossification la *chorda dorsalis* disparaît *dans* le corps des vertèbres, tandis qu'elle subit seulement la transformation décrite plus haut *dans* l'intervalle de ces corps. Quant aux phénomènes histologiques de l'ossification, il a établi ce fait important, savoir : que la substance première, hyaline du cartilage n'a qu'une destination passagère; qu'elle disparaît peu à peu après l'incrustation de sels calcaires; *que les cellules cartilagineuses sont le lieu où se forme aussi bien la substance primitive lamelleuse de l'os que des corpuscules osseux.*

Quant aux maladies des articulations du corps des vertèbres (p. 63-68), il n'appelle l'attention que sur des observations très remarquables de *tumeurs gélatineuses* qu'il a eu l'occasion de rencontrer quelquefois. Ce sont des tumeurs petites, lobulées et molles, qui se propagent depuis le milieu de la face postérieure de l'articulation du corps des vertèbres jusque dans le canal rachidien (vertébral). Ce sont des productions qui proviennent du *nucleus pulposus*. Sous le micros-

cope, cette substance paraît formée de lobes fins et arrondis, ainsi que de villosités, et consiste en une matière homogène, transparente, dans laquelle on aperçoit de grandes cellules. Celles-ci ressemblent en tout point aux excroissances gélatineuses qu'il a trouvé le premier dans le *cavus Blumenbachii*, et qui ordinairement proviennent du vestige du cartilage sphéno-occipital.

Quant à la syndesmologie spéciale, en faisant les recherches, qu'il décrit ci-après, il a trouvé plusieurs faits dignes de remarque, savoir :

A. Que le ligament longitudinal postérieur, dans le canal du sacrum, provient principalement de la dure-mère rachidienne (pl. II, fig. *c*, *c*, *c*, *c*). Celle-ci envoie, de vertèbre en vertèbre, un faisceau fort, d'aspect tendineux, qui, en s'élargissant, passe en forme d'ailes au périoste. — Ce fait paraît très important, parce qu'il jette un jour sur l'irritation de la moelle épinière qu'on observe assez souvent dans le cas de fractures du sacrum.

B. Que le ligament sacro-coccygien antérieur (*sacro-coccygeum anticum*) (pl. II, fig. 3) n'est pas un prolongement du ligament longitudinal antérieur de la colonne vertébrale, mais est une formation indépendante. Il est formé par des faisceaux moyens qui s'entrecroisent et des faisceaux latéraux. Il s'oppose d'une manière énergique à la courbure en arrière du coccyx. Ensuite il a trouvé un ligament costal (*lig. colli costo-jugale*) (pl. I, fig. 2, *g*, *g*), qui est très intéressant sous le rapport morphologique. Il ne faut pas confondre ce ligament avec le ligament *jugale costarum* de plusieurs animaux : par exemple, chez le cheval. Ce dernier ligament réunit entre eux *les têtes* d'une paire de côtes, et ne se trouve pas chez l'homme.

2° *De la symphyse des pubis.* — Après avoir décrit le mode d'union des os pubis dans le règne animal, et après avoir appelé l'attention sur l'existence d'un os interposé dans la symphyse *pubio-ischiatique* chez plusieurs animaux, par exemple le dromadaire, il fait remarquer, quant à l'articulation du bassin chez l'homme, les faits suivants :

A. *Développement.* — Les extrémités médianes des os pubis,

qui sont de nature cartilagineuse, sont unies, chez le fœtus humain de dix semaines, par une substance blanchâtre, molle, élastique, fibreuse et comme ligamenteuse. Elle est unie intimement avec le tissu de la matière première, tout à fait analogue, qui doit constituer le périoste futur ; à peu près comme le *cartilago suturarum* du crâne est continu au *periendo-cranium.*

On peut considérer les cas très fréquents de réunion *solide* (soudure) des pubis comme une espèce d'*arrêt* dans leur période primitive (fondamentale) d'évolution, s'ils ne sont pas toutefois d'origine pathologique. Plus tôt ou plus tard, souvent seulement après la naissance, on remarque un *travail* de *ramollissement* et de *liquéfaction* dans la masse qui réunit les pubis, et qui fut d'abord solide. Ce travail donne lieu à la formation de la cavité articulaire.

B. *Articulation du bassin chez l'adulte.* — On distingue : 1° les cartilages articulaires ; 2° la capsule ; 3° la cavité de son contenu.

1° *Les cartilages articulaires* se composent de plusieurs disques épais. Ces disques sont formés de deux couches de nature différente, mais qui sont unies sans limite bien nette (pl. VI, fig. 7).

On y trouve : *a.* Une couche *profonde*, composée d'une substance hyaline et de petites cellules.

b. Une couche plus superficielle, dirigée vers la cavité articulaire, qui contient une substance primitive, fibreuse, et de grandes cellules cartilagineuses.

c. Cette dernière substance produit des prolongements nombreux en forme de lames, qui s'engagent dans les cavités.

2° La *capsule articulaire* correspond à l'anneau fibreux (*annulus fibrosus*), dans les synchondroses des vertèbres, et offre une grande analogie avec celui-ci dans les coupes verticales (pl. V, fig. 4). Elle est plus prononcée en avant qu'en arrière, et consiste principalement en une substance très dense, qui est de la nature d'un tissu ligamenteux fibro-cartilagineux (*Bindegewebsfaserknorpel*).

Vers la partie postérieure de la cavité articulaire se trouve

très souvent une espèce de membrane synoviale, qui produit des excroissances en forme de villosités en partie vasculaires (pl. III, fig 8).

Par ce fait remarquable se trouve établi le degré de transition (*Uebergangsstufe*) entre les *hémidiarthroses* et les *pandiarthroses*.

3° La *cavité de l'articulation du bassin* (pl. V, fig. 1, *a*; et pl. VI, fig. 1, 2, 3, 4, *a*) présente une grandeur variable et une forme souvent anfractueuse, offrant la disposition en scissure (*spaltenfœrmig*). Elle est plus considérable chez la femme que chez l'homme. Elle est humectée par la synovie et contient des villosités microscopiques qui sortent du tissu enveloppant.

Pendant la grossesse et l'accouchement, l'articulation du du bassin ne subit aucun changement *réel*. Ce n'est qu'*anormalement* que la cavité s'agrandit et qu'on observe une laxité plus prononcée et une plus grande mobilité.

Les symphyses sacro-iliaques sont reconnues comme des articulations *complètes*, c'est-à-dire pourvues d'une membrane synoviale. Le cartilage qui est en rapport avec le sacrum est, d'une manière générale, *plus épais* que celui qui est contigu à l'os iliaque.

3° *Union des parties du sternum.* — *a.* M. Luschka fait d'abord la description des particularités qui se présentent ordinairement chez les vertébrés.

b. Développement de ces unions chez l'homme.—Il a trouvé que, chez le fœtus et dans la première enfance, le *manubrium* et le xiphoïde sont unis au corps du sternum par un tissu celluleux, dense et très riche en fibres élastiques; on ne trouve cependant pas encore de cellules cartilagineuses dans cette substance celluleuse.

C. Chez l'adulte, cette union se présente ordinairement comme une *synchondrose* qui est formée par deux disques d'un cartilage hyalin (pl. IV, fig. 2 *aa*), entre lesquels est interposé un tissu (*bb*) fibro-cartilagineux et riche en grandes cellules cartilagineuses. L'*hémi-diarthrose sternale* présente une déviation assez fréquente de ce type; *on ne la trouve presque*

qu'entre le manubrium et le corps du sternum; son degré de développement est très variable.

On distingue dans cette hémi-diarthrose les cartilages articulaires en forme de disques (pl. IV, fig. 3 *aa*). Ces disques sont composés de deux couches, une plus profonde, contiguë à l'os, constituée par un cartilage hyalin et une couche superficielle de fibro-cartilage. Cette dernière produit de nombreux prolongements microscopiques de substance unissante et de forme foliacée (*pflanzenblattæhnlig*) (pl. IV, fig. 5 *b*). Ces prolongements s'engagent dans les cavités anfractueuses de l'articulation, et la remplissent presque entièrement. Le tissu qui entoure la cavité et qui représente la *capsule* est formé de fibro-cartilage, et ne contient pas de vaisseaux sanguins.

M. Luschka a fait des observations nouvelles importantes sur les unions du sternum avec les clavicules, avec les cartilages costaux et avec les os *supra-sternalia*, qui ne se présentent qu'exceptionnellement.

a. Il a découvert que, dans l'articulation sterno-claviculaire, les cartilages articulaires ne sont pas *entièrement hyalins*, mais *fibreux* vers la superficie.

b. Il a trouvé que les cartilages des sept premières côtes ne doivent pas être considérés comme des cartilages articulaires d'un développement exagéré, mais qu'on peut les comparer aux os *sterno-costalia* de plusieurs animaux. Ils sont formés par des noyaux cartilagineux indépendants. Il a communiqué plusieurs observations, qui lui sont personnelles, relatives à l'existence d'une articulation entre le cartilage de la première côte avec le sternum, et avec la côte elle-même.

c. Il a prouvé d'une manière évidente qu'il ne faut pas considérer les os *supra-sternalia* comme des extrémités antérieures de *côtes cervicales* (*Halsrippen*), mais comme se rattachant plutôt aux articulations sterno-claviculaires. On remarque ceci très bien dans les *Dasypus novemcinctus* et *Dasypus sexcinctus*.

—

RAPPORTS.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, donne lecture des rapports sur les remèdes secrets, inscrits sous les numéros suivants :

1,655, 1,771, 1,833, 2,402, 2,668, 2,831, 2,842, 2,849, 2,882 et 2,890.

Les conclusions négatives de tous ces rapports sont successivement mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

Analyse chimique de l'eau minérale de Saint-Alban (Loire), par M. J. Lefort. (*Rapport* de MM. Poggiale, Henry, et F. Boudet, *rapporteur*.)

Il est encore un assez grand nombre d'eaux minérales, même parmi les plus précieuses, dont les analyses, exécutées à une époque plus ou moins éloignée, ne peuvent pas offrir les garanties d'exactitude que l'on doit attendre aujourd'hui d'une science plus perfectionnée. M. Lefort, dont les intéressants travaux d'hydrologie médicale ont déjà mérité les suffrages de l'Académie, s'efforce de justifier ses encouragements en appliquant à de nouvelles recherches les procédés les plus récents et les plus délicats de l'analyse.

Le mémoire dont l'Académie nous a chargés, MM. Poggiale, Henry et moi, de lui rendre compte, a pour objet l'eau des sources de Saint-Alban, situées dans l'arrondissement de Roanne, département de la Loire.

Cette eau est d'origine volcanique, et son captage remonte évidemment à l'époque de la domination romaine. Elle jaillit de trois sources distinctes, ou mieux de trois puits qui portent les noms de *Grand-Puits*, de *Puits de la Pompe* et de *Puits Rond*.

Étudiée d'abord par Richard de la Prade en 1774, et plus tard par Cartier et Barbe, elle a été plus récemment analysée par Orfila, Barruel et Soubeiran; mais ces savants chimistes ont opéré sur des échantillons transportés à Paris, et se sont

trouvés ainsi dans l'impossibilité de constater la proportion d'acide carbonique libre contenu dans l'eau à son point d'émergence.

Les analyses de M. Lefort ont été exécutées aux sources mêmes ; elles font connaître la proportion considérable d'acide carbonique contenu dans l'eau de Saint-Alban, et ajoutent la potasse, l'iodure de sodium et l'arséniate de soude à la liste des substances qui y avaient été signalées. M. Lefort n'a négligé aucune des expériences qui pouvaient lui faire découvrir, dans ces eaux, la présence du brome, de la strontiane, de l'acide phosphorique, de la lithine, de l'acide azotique et de l'ammoniaque, toutes l'ont conduit à des conséquences négatives.

L'eau du Grand-Puits et celle du Puits de la Pompe lui ont présenté exactement la même température de 17°,2 et la même composition. Quant à celle du Puits Rond, il n'a pas cru devoir l'analyser, cette eau ayant été mal captée dans l'origine, et n'étant évidemment qu'un mélange d'eau minérale et d'eau douce.

Il a consigné dans deux tableaux synoptiques les résultats de l'analyse des eaux du Grand-Puits et du Puits de la Pompe.

Le premier de ces tableaux fait connaître la nature et les proportions des principes élémentaires qu'elles contiennent ; le second, la nature et la proportion des combinaisons salines anhydres, que M. Lefort y admet hypothétiquement. Ces tableaux seraient tout à fait complets s'ils indiquaient la quantité d'eau fournie par chaque source dans les vingt-quatre heures.

Tableau synoptique de la densité, de la température et de la somme des principes élémentaires contenus dans un litre d'eau de Saint-Alban (Grand-Puits et Puits de la Pompe).

	Grand-Puits.	Puits de la Pompe.
	gram.	gram.
Densité	1,0012	1,0012
Température	17°,2	17°,2
Azote	Des traces.	
Oxygène		
Acide carbonique libre et combiné	3,3900	3,3781
Acide chlorhydrique	0,0189	0,0192
Acide iodhydrique	Traces.	Traces.
Potasse	0,0432	0,0442
Soude	0,3692	0,3679
Chaux	0,3651	0,3710
Magnésie	0,1430	0,1391
Silice	0,0453	0,0443
Protoxyde de fer	0,0105	0,0105
Arsenic	Traces.	Traces.
Matière organique	Traces.	Traces.
	4,3852	4,3742

Tableau synoptique des diverses combinaisons salines anhydres attribuées hypothétiquement à un litre d'eau minérale de Saint-Alban (Grand-Puits et Puits de la Source).

	Grand-Puits.	Puits de la Pompe.
	gram.	gram.
Acide carbonique libre	1,9499	1,9400
Bicarbonate de soude	0,8561	0,8508
— de potasse	0,0834	0,0838
— de chaux	0,9382	0,9342
— de magnésie	0,4577	0,4447
— de protoxyde de fer	0,0233	0,0231
Chlorure de sodium	0,0301	0,0318
Iodure de sodium	Traces.	Traces.
Arséniate de soude	Traces.	Traces.
Silice	0,0451	0,0443
Matière organique	Traces.	Traces.
	4,3838	4,3723
Poids du résidu soumis à la température de 180°	1,8754	1,8741

Les eaux de Saint-Alban sont remarquables à plus d'un titre.

Elles sont très riches en acide carbonique libre, et leurs sources laissent dégager des quantités si considérables de ce gaz qu'il sert à fabriquer, chaque année, 500,000 à 600,000 bouteilles d'eaux et de limonades gazeuses. Cet acide carbonique ne contient aucune trace d'acide sulfhydrique, et c'est sans doute à sa pureté absolue que l'on doit attribuer la vogue des eaux artificielles dont il alimente la fabrication, et l'exportation considérable dont l'eau de Saint-Alban est l'objet comme boisson de table. M. Lefort a recherché avec une attention toute spéciale la présence des sulfates dans l'eau de Saint-Alban, il n'en a pas rencontré la plus légère trace, c'est peut-être la seule eau minérale qui en soit aussi parfaitement exempte.

Elle est, d'ailleurs, très riche en bicarbonates de soude, de chaux et de magnésie.

Le fer y existe à l'état de bicarbonate et dans une proportion suffisante pour lui donner les véritables caractères d'une eau ferrugineuse.

La présence de l'iodure de sodium et de l'arséniate de soude, constatée pour la première fois dans l'eau de Saint-Alban par M. Lefort, ne peut manquer de lui faire acquérir une nouvelle importance au point de vue médical. Aussi doit-on vivement regretter que la source du Puits Rond ait été assez mal captée pour ne fournir qu'une eau minérale altérée par son mélange avec l'eau douce, et d'une composition nécessairement variable, qui la rend impropre à l'usage médical.

En résumé, le travail de M. Lefort contient des faits importants pour l'hydrologie médicale ; il offre d'ailleurs les caractères de précision et d'exactitude que l'Académie a distingués dans les précédentes analyses du même auteur. La commission a l'honneur de proposer à l'Académie de lui adresser des remercîments, et de voter le renvoi de son mémoire au comité de publication.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

LECTURES.

De la ponction prostatique de la vessie, et de la restauration de l'urèthre dans un cas de destruction de ce canal par une contusion violente du périnée; par J.-L. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, etc.

(Extrait par l'auteur.)

OBS. — *Contusion profonde du périnée, destruction de l'urèthre dans une étendue de 3 centimètres, rétention complète d'urine. Périnéotomie et ponction prostatique de la vessie. Complication de gangrène commençante, d'infiltration sanieuse, de fièvre uréthrale, d'abcès, etc. Reconstitution du canal de l'urèthre. Guérison.* — Le 1er juin 1858, M. X..., propriétaire, âgé de soixante-huit ans, demeurant à la campagne, fit une chute violente en tombant à califourchon sur un morceau de bois. La contusion du périnée est suivie d'un peu d'écoulement de sang par l'urèthre, et presque immédiatement d'une vaste ecchymose qui s'étend rapidement sur les bourses, la verge, tout le périnée et le haut des cuisses jusqu'au pubis. Il y a rétention complète d'urine. M. Duviard, appelé tout de suite, fait une première tentative de cathétérisme, mais sans succès. Le lendemain, M. Bron, réuni à lui en consultation, essaye de nouveau, mais en vain, à faire pénétrer une sonde dans la vessie. Alors une longue incision est pratiquée sur les bourses, pour en favoriser le dégorgement. Mais, d'ailleurs, la rétention d'urine persiste et l'état du malade empire.

Ce fut alors que MM. Duviard et Bron m'appelèrent en consultation : je ne pus m'y rendre qu'à dix heures du soir. Je trouvai le blessé plié en deux sur son lit, tourmenté par un hoquet très fatigant et en proie à une soif vive, qu'il trompait à l'aide de morceaux de glace qu'il laissait fondre dans sa bouche ; les besoins d'uriner étaient fréquents, très douloureux et sans résultat, le ventre tuméfié, l'hypogastre endolori, la peau chaude, le pouls fébrile, les bourses et le périnée envahis par une énorme tuméfaction noirâtre.

Je constatai que l'urèthre était détruit dans une partie de son étendue sous le pubis, que toutes les parties molles y étaient broyées et partiellement réduites comme en bouillie, et qu'il y avait impossibilité de retrouver le bout profond du canal et d'accomplir le cathétérisme.

Une opération était nécessaire; elle fut renvoyée au lendemain matin, à la fois pour préparer les instruments nécessaires et enfin dans l'espoir que l'incision périnéo-scrotale, aidée d'un grand bain prolongé, de cataplasmes et du repos au lit, pourrait peut-être, en donnant au dégorgement le temps de se prononcer davantage, permettre à la sonde de retrouver la partie profonde de l'urèthre, ou à l'urine de servir de guide en s'écoulant. Il fallait peu compter sur l'un et sur l'autre résultat, comme l'événement le prouva surabondamment, et l'on devait se préparer à opérer le malade.

. . . . . .

Le lendemain matin, 3 juin, je me rendis de bonne heure auprès du malade; les choses étaient dans le même état, et les accidents devenaient plus menaçants encore.

M. X..... est endormi avec l'éther. Je fais une nouvelle tentative de cathétérisme avec une sonde d'argent, puis avec une sonde Mayor, enfin avec un cathéter. Ces instruments parviennent à une grande profondeur, mais sans pénétrer dans la vessie, et leur pointe s'égare dans une cavité formée par l'attrition des parties molles sous le pubis, où il est impossible de les sentir avec le doigt, et même de les voir à travers la plaie. Au milieu de ce détritus, nous cherchons en vain le canal, qu'il est impossible de reconnaître.

Alors, mettant à profit la périnéotomie approfondie jusqu'au niveau de la région membraneuse, je m'apprêtai à pratiquer la ponction de la vessie. Je m'étais muni d'un trocart courbe que j'ai fait construire sur le modèle de celui de Flurant, et dont je me sers pour la ponction des abcès, la paracentèse des hydropisies et de l'hydrocèle, et qui remplit l'office de trocart perforateur, de porte-séton et de porte-mèche (voy. ma *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*,

p. 27). J'introduisis l'index gauche dans le rectum pour conduire l'instrument à travers la prostate sans blesser l'intestin, pendant que le pouce et le médius de la même main s'appliquaient sur le périnée pour fixer sa marche, en écartant les bords de l'incision. Aussitôt, saisissant la canule du trocart de la main droite, j'engageai la pointe dans le fond de la plaie, et je l'enfonçai lentement et avec précaution dans la portion latérale et un peu antérieure de la prostate. Cette manœuvre réussit parfaitement. Dès que je sentis la dernière résistance vaincue, ce qui n'eut pas lieu sans peine, j'enlevai le mandrin et l'on vit sortir par jet une grande quantité d'urine sanguinolente. La canule fut laissée à demeure et fixée par des lacs. Le malade fut réveillé, et il se trouva très soulagé. La journée fut bonne; il y eut peu de fièvre. (Tisane émolliente, lavements de guimauve, potion calmante; diète, injections quotidiennes d'eau de mauve dans la vessie; lotions sur la plaie avec décoction de quina camphré; quelques grands bains additionnés de quina.) La suppuration s'établit vite, mais elle devient sanieuse, d'une odeur infecte; on redoute la gangrène ou des phénomènes d'infection purulente. L'opéré est souffrant; il paraît s'affaiblir. Le 6 juin, on fait une première application de chlorure de zinc, qui, ayant paru insuffisante, est suivie d'une seconde le lendemain La plaie se trouve desséchée et n'exhale plus de mauvaise odeur; l'état général de l'opéré s'est amélioré. La canule du trocart est remplacée le quatrième jour (7 juin) par une sonde de gomme; le lendemain on permet quelques aliments; la digestion s'opère bien; le hoquet cède; la langue est bonne, ainsi que la peau et le pouls.

Le 10, les eschares, détrempées par les injections et les bains, commencent à tomber; la plaie se présente avec un aspect rose pâle. On pénètre avec le doigt dans plusieurs anfractuosités des bourses qui ont été cautérisées par le chlorure de zinc.

Le 14, on excise dans le fond de la plaie quelques portions d'eschare qui paraissaient provenir de la cautérisation d'un

tissu fibreux. Après cela, MM. Duviard et Bron introduisent une petite sonde élastique dans une anfractuosité qui se trouvait à environ 1 centimètre du canal créé par la ponction, et elle pénètre dans la vessie. La voie artificielle est dès lors abandonnée, et la sonde maintenue à demeure dans le vrai canal. Ce changement, qui eut lieu le onzième jour de l'opération, s'est fait sans douleur et sans difficulté. Faisons remarquer que dès ce moment il ne s'est pas écoulé une goutte d'urine par l'ouverture du trocart.

Le 17 juin, une injection pratiquée dans la portion antérieure de l'urèthre, ressort dans la plaie périnéale par un jet (une tentative de cathétérisme avait échoué le 10). Cette petite manœuvre, en nous montrant les deux ouvertures des deux portions du canal, *nous prouve que l'urèthre manque en totalité dans une étendue de près de 3 centimètres.* (F. Bron, *De la fièvre uréthrale*, 1858, p. 22.)

Ici se présentait la seconde indication curative à remplir, à savoir, la reconstitution de l'urèthre détruit. J'avais nourri l'espoir d'arriver à la formation de toute pièce d'un conduit nouveau qui rétablirait la communication interrompue entre ses deux extrémités, et cela en le moulant sur une sonde à demeure; mais le moment n'était pas encore venu.

Le 18 juin, M. Duviard, qui voyait le malade tous les jours, passe une sonde dans toute la longueur du canal; elle reste en place jusqu'à ma visite, au 21; et peut-être, pour complaire aux désirs du malade, mes confrères auraient-ils cédé à ses vives instances; mais la cicatrisation de la plaie du périnée me paraissait trop peu avancée, et j'avais lieu de craindre que la présence prolongée de la sonde dans l'urèthre ne fatiguât M. X... et ne lui donnât la fièvre, dont il semblait déjà éprouver quelques atteintes. L'instrument fut remis seulement dans la portion postérieure (on sondait et l'on injectait l'antérieure par intervalle), et même le 23 nous jugeâmes à propos de l'enlever définitivement : dès ce jour on ne passe plus la sonde que pour faire uriner M. X... On continua ainsi jusqu'au 15 juillet, laissant à la plaie du périnée, qui est très

belle, le temps d'avancer sa cicatrisation le plus possible. A partir de ce jour, on passe la sonde dans toute l'étendue de l'urèthre chaque fois qu'on fait uriner le malade, et on l'y laisse à demeure une heure ou deux, et même plus, à la fois pour prévenir le rétrécissement qui commence à se former, et pour favoriser la reconstruction du nouveau canal, qui devra se mouler sur l'instrument. Ces manœuvres n'eurent pas lieu sans quelques accidents; il y eut plusieurs accès de fièvre uréthrale, assez intenses pour donner des inquiétudes et réclamer des soins particuliers (lavements au quina, pilules de quinine, etc.). Le premier accès bien caractérisé parut le 23 juillet; il en revint d'autres le 26, le 30 juillet, le 1er et le 2 août. Sous l'influence de cet état et du passage des sondes, il se développe une inflammation diffuse de la verge et des bourses; toute cette région est tuméfiée, d'un rouge violacé, et douloureuse au toucher. Le cathétérisme est difficile et pénible. Il y a de la fièvre; il se forme un petit abcès le long du canal, à la partie inférieure de la verge, près des bourses; il s'ouvre le 5 août dans l'intérieur de l'urèthre; il sort beaucoup de pus dans le méat. Le passage de la sonde n'est plus aussi douloureux, et peu à peu les parties reviennent à leur état normal.

Malgré ces diverses complications, nous avions fait dans l'intervalle de grands progrès. Jusqu'au 25 juillet il fallait, pour faire pénétrer la sonde dans la portion postérieure du canal, introduire le doigt dans la plaie périnéale, afin de guider l'extrémité de l'instrument. Alors, sa cicatrisation étant plus avancée, cette précaution devient impossible et cesse d'être utile : la sonde, poussée par le méat, suit la direction de l'urèthre, et s'engage d'elle-même dans le bout postérieur. Cette circonstance est importante à signaler, car elle nous permet d'espérer la réalisation de notre idée première, c'est-à-dire la formation de toute pièce d'un nouveau canal à l'aide de la cicatrisation de la plaie périnéale, qui maintenant nous laissait moins de crainte de voir une fistule urinaire persister dans cette région. Il ne fallait pas perdre de vue le double

rétrécissement, dont l'imminence était toujours croissante : M. Duviard, qui visitait le malade chaque jour, et qui pratiquait souvent le cathétérisme, avait fort bien remarqué que l'obstacle qu'on rencontrait à l'ouverture postérieure de la portion antérieure du canal se sentait d'autant mieux qu'il était resté plus longtemps sans y passer la sonde. (M. F. Bron a donné en raccourci cette observation exclusivement sous le rapport de la fièvre uréthrale ; cela explique pourquoi il a cru devoir négliger les diverses questions opératoires qui, à mes yeux, en sont la partie principale. J'avertis que, pour le reste, j'ai pris soin de citer ses propres expressions, quand je l'ai pu, afin de montrer notre complet accord dans les détails, bien que nous eussions chacun étudié le fait à des points de vue bien différents.)

Ainsi, d'un côté, nous avions à nous occuper de prévenir un double rétrécissement, qui était imminent, et de combattre la fièvre uréthrale, dont les accès reparurent avec opiniâtreté jusqu'au milieu de septembre, et s'accompagnèrent de dégoût, de céphalalgie et de prostration très grande : M. X..., qui avait supporté avec beaucoup de fermeté les opérations diverses que nous lui pratiquâmes, et traversé avec un courage héroïque la première période de la maladie, tomba à plusieurs reprises dans le découragement et une démoralisation complète. D'un autre côté, nous avions à combler la large cavité que la contusion avait, par l'attrition des parties molles, creusée dans les bourses, sous le pubis et dans tout le périnée, et dont les effrayantes dimensions en étendue et en profondeur n'étaient que trop de nature à faire craindre tout d'abord, non-seulement de grands obstacles pour la seconde indication curative, mais encore la persistance d'une fistule urinaire.

Dans ce but, on eut soin d'empêcher que jamais il ne passât une seule goutte d'urine par la plaie, et chaque fois que le besoin de la sécrétion se faisait sentir, on introduisait dans l'urèthre une grosse sonde, qu'on laissait ensuite plus ou moins longtemps à demeure pour en opérer la dilatation. La

plaie était elle-même l'objet de grands soins de propreté : on en favorisa la cicatrisation par des lotions et des injections détersives, et à plusieurs reprises par des attouchements avec la pierre infernale. Le malade fut mis à l'usage du lait d'ânesse et d'un régime analeptique. Les belles journées d'été, on transportait son lit dans un jardin pour le faire jouir de l'influence du grand air et du soleil à l'abri d'une tente. La réparation des forces et de la nutrition s'accomplit lentement, et avec elle un bourgeonnement salutaire dans les diverses anfractuosités de cette plaie contuse, qui en détruisant l'urèthre avait si gravement ravagé l'intérieur des bourses et la profondeur du périnée. Mais il y avait tant à faire que deux fois le travail de cicatrisation s'arrêta : le malade semblait avoir épuisé ses efforts. Deux fois nous dûmes recourir à une cautérisation superficielle avec la pâte de Canquoin, pour raviver la surface de la plaie et y faire renaître des bourgeons charnus plus vivaces. Cette pratique nous réussit : la cavité des bourses et les trajets fistuleux qui traversaient à droite la région scrotale de bas en haut se cicatrisent; la suppuration de l'urèthre se tarit, et la plaie du périnée, au lieu d'une large et profonde cavité anfractueuse, ne présenta plus peu à peu qu'une sorte d'infundibulum, qui finit lui-même par se réduire aux dimensions d'un canal ouvert à la rencontre de l'urèthre vers l'union de sa partie membraneuse avec la partie spongieuse.

Enfin, le 17 septembre, trois mois et demi après l'opération, je trouvai le malade assez bien pour cesser mes visites; il resta confié aux soins éclairés de M. Duviard, son médecin ordinaire. Toutes les plaies des bourses et du périnée étaient cicatrisées, à l'exception de la petite ouverture dont j'ai parlé; mais elle était alors tellement rétrécie qu'on pouvait en espérer l'occlusion prochaine. L'opéré avait appris à se sonder, et ne manquait pas de le faire chaque fois que reparaissait le besoin d'uriner. Les forces avaient beaucoup augmenté; il se promenait dans son jardin; l'appétit, la digestion, le sommeil annonçaient le retour à l'état normal. Ainsi,

après un traitement long et pénible, traversé par des complications graves, nous pouvions enfin, après avoir eu à lutter contre les plus grandes difficultés de la chirurgie opératoire, compter sur un succès définitif; et, en effet, le 18 novembre, notre opéré vint me voir lui-même à Lyon, et j'eus le plaisir de constater son heureuse guérison. J'ai appris récemment (janvier 1859) de M. Duviard qu'il continuait à aller fort bien.

Aujourd'hui l'observation est complète; elle me semble démontrer victorieusement :

1° Que dans certaines contusions violentes du périnée, avec rétention d'urine et destruction partielle de l'urèthre, il peut y avoir avantage à faire la ponction de la vessie par la prostate, pour ménager les organes importants, après une incision périnéale préalable, pour les motifs que j'ai développés.

2° Que l'art, en combinant les ressources de la médecine et de la chirurgie, peut, par un ensemble de moyens bien entendus, obtenir la reconstitution intégrale de l'urèthre, même quand ce canal a été entièrement détruit dans l'étendue de plusieurs centimètres.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

La vraie vérité sur M. Vriès, dit le docteur *Noir*, par M. Fauvel, interne à la Charité.

Traité de chimie hydrologique, par M. J. Lefort. In-8 de XL-622 pag.

Case of communications with the stomach, etc., par M. le docteur Ch. Murchison.

Contributions to the etiology of continued fever, etc., par le même.

Journal des vétérinaires du Midi. Février.

Journal de pharmacie et de chimie. Mars.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 11.

La Revue thérapeutique du Midi. 15 mars.

Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale. 15 mars.

La Revue médicale française et étrangère. 15 mars.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 6.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1858-1859. Deuxième série, t. XI, n. 4.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Mars.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 6.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 10.

Annuaire de la Société météorologique de France.

Le Progrès, n. 10.

La France médicale et pharmaceutique, n. 11.

L'Abeille médicale, n. 11.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 10.

Gazette médicale de Paris, n. 10.

L'Union médicale, n. 29 à 31.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 29 à 31.

Gazette des hôpitaux, n. 29 à 31.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 10.

SÉANCE DU 22 MARS 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Loiret en 1858. (*Commission des épidémies.*)

II. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1858 dans le département de Vaucluse. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. E. Lassaigne fils informe l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de son père, correspondant de la compagnie.

II. M. le docteur Valat (de Montpellier) adresse à l'Académie un travail intitulé : *Mémoire sur le cancer des dents.* (*Commissaires :* MM. Barth et Oudet.)

III. M. le professeur Bouisson adresse ses remercîments à l'Académie pour sa nomination à la place d'associé national.

IV. M. Boutigny (d'Évreux) prie l'Académie de vouloir bien ouvrir un pli cacheté déposé par lui dans la séance du 28 septembre dernier. Il est fait droit à cette demande, et la communication de M. Boutigny est renvoyée à la *Commission des remèdes secrets et nouveaux.*

V. MM. les docteurs Parise (de Lille) et Neucourt (de Verdun) prient l'Académie de vouloir bien porter leurs noms

sur la liste des candidats correspondants nationaux, et envoient à cet effet l'exposé de leurs titres. (*Renvoi à la commission des correspondants.*)

VI. M. le docteur AFFRE (de Biarritz) adresse plusieurs questions à l'Académie au sujet de la lecture de M. Huguier sur le prolapsus utérin. (*Renvoi à* M. Huguier.)

VII. M. le docteur DELABARRE adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Messieurs, l'éthérisation a produit de grands résultats, ses bienfaits sont incontestables.

» Malheureusement il est peu de découvertes, si utiles qu'elles soient, qui ne présentent des inconvénients ; il appartient aux praticiens prudents de chercher les meilleurs moyens de les combattre.

» Si les accidents sont redoutables pendant les grandes opérations chirurgicales, combien ne sont-ils pas redoutables lorsqu'ils accompagnent des opérations qui ne compromettent pas habituellement la vie des malades, pendant l'extraction des dents, par exemple.

» Bien que j'aie le bonheur d'opérer chaque jour, et sans accident, un grand nombre d'individus, sous l'influence de l'éther ou du chloroforme, je n'en reste pas moins frappé de la responsabilité qui pèse sur moi chaque fois que j'emploie les anesthésiques, surtout en présence des accusations portées de temps à autre contre ces agents de l'insensibilité.

» Je me suis efforcé de bien comprendre leur action sur l'organisme, et je suis resté convaincu qu'elle n'était autre que celle de l'ivresse poussée plus ou moins loin.

» Les effets des anesthésiques ont les rapports les plus intimes avec ceux produits par les alcooliques, l'opium et le haschish.

» Me basant sur le peu de danger que présente, pour les Orientaux, l'*usage de s'enivrer en fumant l'opium*, j'ai pensé qu'il serait *facile d'obtenir quelque chose* d'analogue en faisant *fumer les vapeurs anesthésiques* dans un *chibouk*, au lieu de les *administrer sur des éponges* ou dans des appareils qui ne per-

mettent pas d'apprécier exactement les doses absorbées dans chaque aspiration,

» En effet, par ce moyen, j'ai obtenu des résultats qui seront appréciés, je n'en doute pas, par la savante Académie à laquelle j'adresse cette communication.

» Il faut d'abord remarquer que les phases de l'ivresse varient autant que les individualités.

» Celui-ci s'enivrera avec quelques gorgées de vin ou d'alcool, tandis que d'autres en absorberont impunément de grandes quantités.

» Ne serait-il pas dangereux de forcer le sujet qui s'enivre facilement à ingurgiter la même dose de spiritueux que celui qui n'est que difficilement impressionné?

» C'est pourtant ce que l'on fait chaque jour avec le chloroforme; on en verse indifféremment une quantité indéterminée sur un linge ou sur une éponge dont on couvre le visage.

» Qu'en advient-il?

» C'est que certains sujets éprouvent à l'instant même une horrible suffocation; ils se débattent avec fureur, et si on emploie la force pour les retenir ils tombent comme foudroyés.

» Admettons que la frayeur accompagne cette suffocation, il peut survenir une syncope mortelle, ainsi que cela est arrivé. J'appellerai ce genre d'accident *apoplexie nerveuse*, car il ne laisse aucune trace à l'autopsie.

» Avec le chibouk ces graves inconvénients disparaissent.

» *Je choisis l'anesthésique que le malade préfère*, car *il n'est pas indifférent* de tenir compte de la répugnance qu'il éprouve, soit pour l'éther, soit pour le chloroforme.

» Un *mélange d'éther et de chloroforme* par parties égales me rend également de grands services.

» A mon chibouk est adopté un *robinet à double effet*, comme dans l'appareil Charrière, ce qui me permet de mêler plus ou moins d'air aux vapeurs stupéfiantes, et de pouvoir en graduer l'intensité selon l'impressionnabilité de chacun.

» De ce robinet part un tube de caoutchouc vulcanisé, d'une longueur indéterminée, mais dont le diamètre doit

toujours être d'au moins 1 centimètre, pour éviter les efforts d'aspiration et l'excitation des bronches.

» *Le sujet fume d'abord de l'air pur* pour s'exercer; puis, en ouvrant *graduellement* le robinet, il aspire de plus en plus la vapeur stupéfiante.

» Les avantages de ce procédé si simple n'échapperont pas à la sagacité des opérateurs.

» 1° Il rassure les malades, qui ne sont jamais brusquement suffoqués par une trop grande quantité de vapeurs à la fois.

» 2° Il permet d'étudier l'effet qu'elles produisent sur eux, et de s'arrêter toujours à temps.

» 3° Il ne surexcite pas, comme par les autres modes d'application.

» 4° Jamais les sujets ne peuvent en absorber une dose plus forte que leur constitution ou leur prédisposition ne comporte, puisque, aussitôt que la sensibilité disparaît, ils se trouvent dans l'impossibilité physique de continuer les efforts nécessités par l'action de fumer.

» Par l'emploi du chibouk, la perception de ce qui se passe autour de soi s'anéantit généralement avec la sensibilité; souvent aussi on tombe seulement dans une sorte d'extase, pendant laquelle les sensations ne semblent plus qu'un rêve; dans les deux cas, le résultat est on ne peut plus satisfaisant.

» *Je pense donc que le chibouk* doit remplacer tout autre appareil, *surtout* dans les opérations de courte durée.

» Il est destiné à rendre de véritables services aux accoucheurs.

» J'ose espérer, messieurs, que vous approuverez l'emploi de ce moyen, et que vous en recommanderez l'usage comme étant le plus propre à éviter les accidents.

» J'ajouterai ici comme renseignement qu'ayant étudié avec le plus grand soin les effets de l'électricité prônés dans ces derniers temps pour l'extraction des dents, je n'ai pas reconnu les avantages si vantés de ce procédé.

» Ceux qui redoutent la sensation pénible de cette opération préféreraient tout autre genre de douleur; dans cette disposition d'esprit, et par suite de la manœuvre si prompte de

l'extraction, il est facile de faire croire à l'opéré qu'il a ressenti la commotion électrique et non la douleur de l'opération. Est-ce bien là un succès réel contre la sensibilité?

» Daignez agréer, etc. »

—

La discussion sur la communication de M. Huguier est ouverte, et M. Depaul prononce la première partie d'une argumentation qui sera continuée dans la prochaine séance. Nous donnerons le discours de M. Depaul en entier dans le prochain cahier.

—

ÉLECTIONS.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination des membres des commissions de prix.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Prix de l'Académie. — MM. Robert, Bouillaud, Bouchardat, Velpeau, Larrey.

Prix Portal. — MM. Barth, Huguier, Jobert, Cloquet, Cruveilhier.

Prix Capuron. — MM. Dubois (Paul), Moreau, Danyau, Cazeaux, Depaul.

Prix Civrieux. — MM. Lagneau, Ricord, Rostan, Trousseau, Jolly.

Prix Barbier. — MM. Rayer, Mélier, Grisolle, Nélaton, Michel Lévy.

Prix Amussat. — MM. Malgaigne, Gimelle, Bouvier, Laugier, Renault.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Manuel pratique d'analyse chimique, par M. Deschamps (d'Avallon). Deux volumes. Paris, 1859.

Des différentes sortes d'accidents causés par les verts arsenicaux employés dans l'industrie, par M. le docteur Beaugrand.

Appréciation critique d'un rapport médico-légal ayant pour titre :

« Mémoire consultatif à l'occasion d'un fait d'infanticide, etc., » par M. le docteur Télèphe Desmartis.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 17.

Le Progrès, n. 11.

Clinique européenne, journal international de médecine, n. 7 à 12.

Gazette médicale de Paris, n. 12.

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, n. 12.

La France médicale, n. 12.

L'Abeille médicale, n. 12.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 11.

Journal des Savants. Février.

L'Union médicale, n. 32 à 34.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 32 à 34.

Gazette des hôpitaux, n. 32 à 34.

Tables de mortalité de la ville de Londres, n. 7 à 10.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, tome XLVIII, n. 11.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année 1859, n. 1 à 54.

SÉANCE DU 28 MARS 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Charente, de la Creuse et des Hautes-Alpes pendant l'année 1858. (*Commission des épidémies.*)

II. Des échantillons d'eaux minérales provenant des sources situées à Saint-Georges (Ardèche) et à Camoens, commune de Marseille (Bouches-du-Rhône), pour être analysées dans le laboratoire de l'Académie. (*Commission des eaux minérales.*)

III. La recette d'un médicament auquel on attribue la propriété de guérir l'hydropisie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Le même ministre présente quelques observations relatives aux distributions annuelles des récompenses pour la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Mémoire et observations sur un nouveau fébrifuge indigène, par M. le docteur LACROIX. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

II. Observations d'un cas de pustule maligne de la face dorsale du gros orteil gauche, par M. le docteur LEFÈVRE.

III. M. le docteur AGUILLON prie l'Académie de vouloir

bien porter son nom sur la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi à la commission.*)

IV. M. le docteur HERSCHEL adresse à la Compagnie un supplément à son mémoire sur la nutrition des enfants nouveau-nés. (*Commissaires :* MM. Chevallier, Bouvier et Blache.)

—

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission propose les candidats suivants :

1re ligne, M. Martins (de Montpellier).
2e — M. Fonssagrives (de Cherbourg).
3e — M. Lecadre (du Havre).

Nombre des votants, 65. Majorité, 33.

M. Martins.	obtient	56	voix.
M. Lecadre.	—	5	—
M. Fonssagrives.	—	3	—
M. Benoît (de Montpellier)	—	1	—

En conséquence, M. MARTINS est nommé membre correspondant de l'Académie.

—

LECTURES.

Expériences sur le traitement du cancer instituées par le sieur Vriès à l'hôpital de la Charité, sous la surveillance de MM. Manec et Velpeau. — Compte rendu par M. Velpeau.

Vous avez tous entendu parler d'un soi-disant médecin noir qui, possesseur d'un antidote du cancer, aurait déjà guéri bon nombre de malades, un entre autres qui a servi de base au plus étrange retentissement.

Comme mon nom s'est trouvé mêlé à l'une de ces histoires, j'ai été questionné, harcelé de tous côtés et de toutes façons par une infinité de personnes. Il n'y avait rien de vraisemblable

dans ce qui m'était raconté à ce sujet, et je n'ai jamais cru à la spécificité du prétendu quinquina du cancer; mais l'émotion était si générale au sein des familles, et même parmi les médecins, que j'ai pensé être utile à tout le monde en mettant l'empirique en demeure de donner la preuve de ses assertions.

Même en admettant la bonne foi partout, les cures invoquées pouvaient être inexactes, exceptionnelles ou passagères, ou bien encore ressortir d'erreurs de diagnostic. Il était possible, d'un autre côté, que les remèdes employés n'eussent rien de spécial, et que l'inconnu en fît tout le prestige.

Éviter ce double écueil m'a paru facile. A un certain degré et sous de certaines formes, les cancers sont aujourd'hui d'un diagnostic aussi simple que celui de la phthisie au troisième degré; leur incurabilité, hors des opérations, par les ressources usuelles de la thérapeutique, n'est pas contestable non plus.

En conséquence, une douzaine de cancers dûment constatés ont été offerts par moi au sieur Vriès, qui s'est engagé à les guérir sans opération au moyen de son antidote.

M. Manec, mon collègue à la Charité, à qui j'en ai parlé, s'est associé à mes vues en laissant mettre aussi plusieurs cancéreux de ses salles en expérimentation; de sorte que c'est sous nos yeux à tous deux, au grand jour, en présence d'un grand nombre de médecins, de praticiens de tout âge et d'élèves, que le traitement nouveau a été poursuivi.

Toutes les précautions ont d'ailleurs été prises pour que le résultat en fût concluant : une fois le diagnostic posé et les malades acceptés, nous avons laissé le sieur Vriès maître des prescriptions. Ordre a été donné aux sœurs, aux gens de service, et même aux élèves, de faire ce qu'il dirait, de ne le troubler en quoi que ce fût. J'ai eu soin, en outre (et il y avait lieu), d'insister à plusieurs reprises, en plein amphithéâtre, pour que chacun gardât son sérieux en présence de ce qui allait se passer, pour que toute apparence de moquerie fût mise de côté dans les salles.

Les expériences ont été commencées le 27 janvier, et suivies sans interruption jusqu'à ce jour. En voici le bulletin et

les observations détaillées, signés par M. Manec, par le sieur Vriès et par moi dès le début. Nous verrons tout à l'heure où en sont les pauvres malades actuellement.

1er Fait. — *Squirrhe lardacé du sein gauche* (salle Sainte-Catherine, n° 32). — Marie-Auguste Sylvain, trente-sept ans, femme de chambre, rue Chevelot, 49, à Montrouge, née à l'Ile de France (Amérique), entrée à l'hôpital le 30 novembre 1858.

Quand cette malade est entrée à l'hospice, M. Velpeau a émis quelques réserves sur la nature du mal, se demandant si nous n'avions pas sous les yeux une de ces nuances d'hypertrophie lardacée qui ont quelque analogie avec les squirrhes de même forme. C'est à cause de ce doute, et par comparaison avec le cas d'une autre femme qui était en même temps dans le service, que la compression a été tentée. Mais à partir de la fin de décembre il ne lui a plus guère été possible de ne pas admettre ce cas comme un exemple de squirrhe réel.

Quarteronne, née d'un père blanc et d'une mère quarteronne indigène, ayant la peau cuivrée comme les mulâtres, elle a toujours été bien portante. Réglée à l'âge de dix ans, toujours peu. Mariée à vingt ans. Cinq enfants et une fausse-couche. Les enfants sont bien portants, le dernier seul a été atteint du croup et en est mort. Une fausse-couche a eu lieu il y a vingt mois. Depuis ce moment, les règles ont beaucoup diminué.

La mère de la malade est morte du choléra. Le père a été empoisonné. Les frères se portent bien et n'ont pas de tumeur.

Elle est arrivée en France à l'âge de dix ans et a toujours été femme de chambre.

Elle fait remonter le début de la tumeur qui occupe tout son sein gauche à onze mois. A cette époque la malade s'est aperçue qu'il existait à la partie supérieure et externe du sein une petite tumeur du volume d'une noisette. Elle a grossi lentement, peu à peu et à fini par envahir tout le sein.

Aujourd'hui le sein gauche est doublé de volume, dur dans toute son étendue et d'une forme bien globuleuse, tandis que le sein droit est petit, mou et tombant. La peau est amincie et adhérente à toute la tumeur, elle est plus brune que sur l'autre sein, et presque noire dans la partie aréolaire. Le mamelon est aplati, étalé.

Très dure, la tumeur offre la consistance lardacée dans toute son étendue; adhérente par sa face profonde au pectoral, elle se laisse difficilement ébranler. Son volume peut être comparé à celui du poing. Elle n'est douloureuse que depuis six mois. Douleurs lancinantes, intermittentes, très supportables. Les limites de la tumeur sont assez précises, cependant du côté de l'aisselle on sent un pro-

longement aboutissant à des ganglions un peu hypertrophiés et durs. Enfin on trouve au-devant du sternum, à sa partie moyenne et paraissant contenu dans la peau, un petit noyau très dur, de même nature que la tumeur et du volume d'une amande.

Traitements. — Il y a trois mois, traitée par M. Delpech, pendant un mois, sans aucun résultat.

Iodure de potassium.

Pommade iodurée.

Cataplasme de ciguë.

Puis pendant les six mois suivants on lui a ordonné : cataplasmes avec lie de vin, ciguë et pommes de terre ; emplâtre de Vigo ; emplâtre avec l'onguent citrin.

A la Charité, M. Velpeau fait faire la compression du sein pendant tout le mois de décembre, et prendre de l'iodure de potassium.

On cesse la compression au 1er janvier 1859.

Le 5 janvier, plusieurs piqûres dans le sein avec l'aiguille à cataracte, sortie de quelques gouttes de sang. Pendant les huit jours suivants la malade n'éprouve pas de douleurs lancinantes.

Du 1er au 15 janvier, frictions avec la pommade à l'iodure de plomb.

Pas de changement dans la tumeur.

Le sieur Vriès commence le 28 janvier. On suspend toute autre médication. Il est prescrit à la malade de ne prendre ni café, ni liqueurs, ni poivre, ni moutarde.

Deux portions.

On applique sur la tumeur un thermomètre de forme particulière pour juger du degré de chaleur de la partie malade.

Il donne trois pilules à la malade.

29 janvier. Pas de pilules parce qu'il existe de la constipation.

30 janvier. 15 grammes d'huile de ricin.

31 janvier. La malade a eu six selles. Elle prend deux pilules.

1er	février.	2	pilules.	7	février.	2	pilules.
2	—	2	—	8	—	2	—
3	—	2	—	9	—	3	—
4	—	2	—	10	—	3	—
5	—	2	—	11	—	3	—
6	—	2	—	12	—	3	—

La tumeur paraît se ramollir un peu, vers la partie supérieure surtout. Les douleurs lancinantes sont moins vives.

La tumeur, tout en se ramollissant, gagne en étendue, surtout du côté de l'aisselle. La malade accuse le 12 février de très vives douleurs.

10 mars. — Le sein est moins dur mais tout aussi douloureux ;

la malade persiste à dire qu'elle souffre moins; mais ses voisines et les gens de service avouent qu'elle souffre beaucoup, qu'elle est obligée de se lever à chaque instant, de marcher pour oublier ses souffrances et qu'elle se plaint très vivement d'élancements douloureux.

La tumeur gagne toujours du côté du dos; on trouve à la partie externe du sein une large plaque très dure, du volume de la paume de la main, et de même nature que la tumeur du sein. Cette plaque est adhérente aux côtes et recouverte d'une peau amincie et *peu mobile*.

Le traitement est le même jusqu'au jour de la sortie de la malade.

18 mars. — La malade demande à sortir pour aller voir son enfant malade à Montrouge. Elle se désespère de voir son sein toujours aussi gros, mais elle ne veut pas convenir qu'il a augmenté au moins d'un tiers, et il est cependant bien évident pour l'observateur impartial que la tumeur a presque doublé de volume depuis le 1er février. Exeat le 18 mars.

La malade continue à prendre les pilules du sieur Vriès; elle va tous les jours chez lui.

2e Fait. — *Squirrhe lardacé en masse avec pustules du sein gauche* (salle Sainte-Catherine, n° 31). — Marie-Catherine Chaiwey, quarante et un ans, journalière, rue Compoise, 25, à Saint-Denis, née à Vesoul, fille, entrée le 26 janvier 1859.

D'une bonne constitution, cheveux châtains, peau blanche, d'une bonne santé habituelle. Réglée à douze ans, ne l'est plus depuis quatre mois. A eu quatre enfants, trois bien portants, le dernier mort.

Pas d'antécédents du côté de la famille. Le père mort d'apoplexie. La mère bien portante.

Marie Chauvey s'est aperçue pour la première fois, il y a huit mois, qu'elle portait une tumeur du sein gauche. Elle était alors enceinte et accouchait quatre mois après. Le sein malade était deux fois plus volumineux que l'autre et douloureux. Aussitôt après l'accouchement il a diminué de moitié, mais est toujours resté aussi dur. Aujourd'hui encore, il offre un volume double de celui du sein droit.

Toute la glande et tous les tissus qui l'environnent sont pris par la maladie. La tumeur offre une forme bien globuleuse; on dirait simplement d'une mamelle hypertrophiée et indurée.

Tumeur dure, non élastique, offrant tout à fait la consistance du lard et dans quelques points celle du bois. En l'ébranlant, on sent que sa base est adhérente au grand pectoral; ces mouvements imprimés pour l'exploration sont douloureux.

La peau est luisante, un peu livide, violacée, fortement adhérente et amincie. En haut de la poitrine elle est blanche et parsemée de nombreuses pustules, de forme et de volume divers, offrant la même consistance que la tumeur. Les unes sont visibles à l'œil, les autres ne peuvent être perçues que par le toucher en promenant le doigt à la surface de la peau. On ne remarque pas de cordons veineux ni sur la tumeur, ni aux environs.

Les ganglions du cou et de l'aisselle du côté gauche sont pris, durs, un peu hypertrophiés, et douloureux à la pression.

La malade n'a commencé à ressentir des élancements que depuis deux mois. Ces douleurs sont peu vives, ne surviennent que la nuit et ont débuté par l'aisselle.

Traitement. — Elle n'a suivi aucun traitement en ville.

Traitement Vriès. — Même recommandation que pour la malade précédente. Application du calorimètre sur la tumeur.

28 janvier.	3 pilules.	4 février.	2 pilules.
29 —	point à cause de la constipation.	5 —	2 —
		6 —	2 —
30 —	15 gram. d'huile de ricin. 10 selles.	7 —	2 —
		8 —	2 —
31 —	2 pilules.	9 —	2 —
1 février.	2 —	10 —	2 —
2 —	2 —	11 —	2 —
3 —	2 —	12 —	2 —

Pas de changement dans l'état de la tumeur et des douleurs.

On continue jusqu'au 26 mars à donner tous les jours deux pilules, puis des petits paquets de poudre blanche alternativement, et l'on applique des cataplasmes.

10 mars. — Il est aujourd'hui impossible d'imprimer le moindre mouvement au sein gauche, qui se trouve fortement appliqué contre le thorax ; la moindre pression éveille de très vives douleurs..., la peau est plus rouge, prête à s'ulcérer en divers points ; le nombre et le volume des pustules sont considérablement augmentés, elles forment une véritable auréole autour du sein. Le bras gauche est enflé depuis huit jours et très douloureux, les ganglions de l'aisselle sont toujours durs et douloureux, les ganglions du cou du même côté sont pris aussi, très sensibles à la pression, et le siége de douleurs lancinantes plus insupportables que celles qui retentissent dans le sein et dans l'aisselle.

Il s'est développé dans la région sous-axillaire à la partie externe du sein une plaque dure douloureuse de même nature, de même consistance que le sein dégénéré, et mal limitée...

La malade a la diarrhée depuis cinq jours, l'appetit a diminué, les douleurs sont devenues intolérables...

Le sein droit commence à se prendre, ils est tuméfié, dur, douloureux.

26 mars. — Même état; les douleurs sont toujours aussi vives, les mouvements du bras sont gênés, et son volume est encore augmenté; il commence à s'infiltrer.

3° Fait. — *Enchondrome à la région latérale gauche du cou, avec quelques doutes et quelques réserves sur la nature réelle de la tumeur* (salle Sainte-Catherine, n° 30). — Isoline Decisy, trente-deux ans, couturière, rue Vilaine, 37, à Belleville, née à Saint-Baudry (Aisne), mariée; entrée le 20 décembre 1858.

D'une constitution molle, lymphatique, la peau blanche, les paupières décolorées, a toujours été bien portante, varioloïde à six ans. Réglée à seize ans mais toujours très mal, quelquefois tous les trois mois, quelquefois toutes les six semaines, sang rose, mêlé de flueurs blanches : a eu quatre enfants, les trois premiers bien portants, le dernier est mort.

La mère de la malade est morte à soixante ans; elle portait une tumeur au flanc droit, tumeur mobile et non douloureuse, qu'on disait être une loupe; le père va bien, il a soixante-six ans; les frères et sœurs ne portent pas de tumeurs.

Début de la tumeur il y a cinq ans; la malade croyait avoir un torticolis, elle porta la main au cou et sentit à la partie supérieure et externe de la clavicule gauche, une petite bosse du volume d'une noisette. Pas de douleurs à la pression, pas d'élancements; la tumeur a grossi lentement et graduellement, il n'est survenu de douleurs que depuis un an et à de rares intervalles, douleurs siégeant plutôt encore le long du bras.

État actuel. — Cette tumeur, de forme aplatie, située à la région latérale gauche du cou, est mal limitée; elle envoie des prolongements un peu dans toutes les directions.

Elle remplit le creux sus-claviculaire, se continue en descendant derrière la clavicule, semble pénétrer dans la poitrine; car si l'on percute en avant et à gauche on trouve de la matité jusqu'à la deuxième côte; à l'auscultation on entend une expiration soufflante. En arrière, la fosse sus-épineuse est plus remplie que du côté droit et donne aussi un son très mat à la percussion.

La tumeur est située immédiatement sous la peau qui n'a pas changé de couleur et qui ne lui est pas adhérente. Elle est limitée en avant et à sa partie interne par la portion sternale du sterno-mastoïdien, et va se terminer en triangle auprès de l'angle de la mâchoire; les battements de la carotide, très nettement perçus à ce niveau, le sont moins en descendant près de la clavicule, l'artère paraît logée dans une rigole creusée le long de la tumeur. Il est dif-

ficile d'établir les connexions précises de la tumeur avec la clavicule ; il est impossible de passer l'extrémité des doigts entre elle et la tumeur, surtout à la partie interne. Les jugulaires ne paraissent pas comprimées, la face n'est ni rouge, ni tuméfiée, pas de bourdonnements d'oreille ; pas de changement de coloration de la peau, excepté au-devant de la poitrine, surtout à gauche, où l'on rencontre quelques cordons veineux bleuâtres ; la peau n'est pas adhérente ; quand on saisit la tumeur à pleines mains et qu'on cherche à l'ébranler, on voit qu'elle jouit d'une certaine mobilité, bien qu'il y ait des adhérences en certains points. Les mouvements d'élévation et d'abaissement de la clavicule n'ébranlent pas sensiblement la tumeur.

Voici quels sont ses diamètres : transversal et moyen, 11 centimètres ; transversal et inférieur, 12 centimèt. ; hauteur, 6 centimèt.

Sa consistance est dure, un peu élastique, comme du fibro-cartilage. On sent rouler sous les doigts de petits ganglions très durs et douloureux, le long du cou en avant et en arrière.

Les ganglions de l'aisselle sont pris aussi ; le bras n'est ni gonflé, ni gêné dans ses mouvements.

Nous n'avons pas trouvé d'antécédents syphilitiques.

Traitement. — Pendant un mois elle a pris à l'hôpital trois cuillerées d'une solution d'iodure de potassium et frotté la tumeur avec la pommade à l'iodure de plomb.

M. Velpeau a pratiqué à dix jours d'intervalle, le 5 et le 15 janvier, des piqûres dans toute la tumeur avec l'aiguille à cataracte. Il n'y a pas eu d'inflammation ; la tumeur est restée dans le même état.

Traitement Vriès. — Même régime diététique que pour les malades précédentes.

28	janvier.	1	pilule.	5	février.	1	pilule.
29	—	1	—	6	—	1	—
30	—	1	—	7	—	1	—
31	—	1	—	8	—	2	—
1er	févr.	1	—	9	—	1	—
2	—	1	—	10	—	2	—
3	—	1	—	11	—	2	—
4	—	1	—	12	—	1	—

On continue les pilules sans changements.

26 mars. — Le volume de la tumeur est sensiblement augmenté, même au dire de la malade ; elle est un peu moins dure à sa partie externe. La respiration est plus difficile ; la matité qui n'existait qu'à partir de la deuxième côte, se rencontre jusqu'à la quatrième. Le creux sus-épineux paraît plus rempli.

En un mot, la tumeur a augmenté dans tous les sens, les douleurs sont à peu près les mêmes, peut-être un peu plus vives et plus fréquentes.

Les cordons veineux sont aussi plus développés, l'état général est moins bon.

4e Fait. — *Cancroïde de la lèvre inférieure* (salle Saint-Jean, n° 22). — Prudhomme, soixante-huit ans. Père mort à la suite d'un accident; mère morte à soixante et dix ans; frère et sœurs morts; deux enfants, fille et garçon, le dernier mort à sept ans, à la suite d'une fièvre grave.

Le malade a été atteint pendant sa jeunesse d'une fièvre cérébrale; plus tard il a eu un érysipèle de la face; il a été atteint de deux blennorrhagies; il n'a du reste aucun des accidents auxquels sont sujets les hommes de son âge.

Il y a dix-huit mois, les faits suivants se passèrent : le malade, qui fumait habituellement la pipe, s'aperçut qu'il portait sur la lèvre inférieure un bouton, ou plutôt une petite croûte qui ne tombait que pour se reproduire. A cette époque, il a consulté M. Velpeau, qui a prescrit des applications locales de sucre candi en poudre, mêlé à du sublimé; puis il cessa de fumer la pipe; cependant il commençait à éprouver des douleurs cuisantes pendant la nuit. Cet état dura environ quinze mois. Au bout de ce temps, des médecins, de nouveau consultés, ont fait sur la lèvre des applications de caustiques de diverses natures. Le bouton que le malade portait s'est notablement accru.

Au mois de décembre a apparu, au-dessous de la commissure gauche des lèvres, une rougeur avec induration, douloureuse à la pression; le malade est entré à l'hôpital Saint-Louis, où l'on n'a fait aucun traitement. Vers le commencement de janvier, les ganglions sous-maxillaires se sont tuméfiés.

Enfin, le 2 février, la petite induration qui existait au-dessous de la commissure s'est ramollie, et il s'est formé un abcès qui s'est ouvert sous l'influence des pressions exercées dans le but d'explorer.

État actuel. Ulcération fongueuse recouverte d'une croûte, mais sans induration au voisinage, sur le bord libre de la lèvre inférieure.

Au-dessous de la commissure, une ulcération entourée de callosités dures et saignantes traverse toute l'épaisseur de la lèvre et peut permettre l'introduction du doigt.

Une induration sans changement de coloration à la peau s'étend depuis l'ulcération de la commissure jusqu'à la région sous-maxillaire.

Le malade éprouve des douleurs à la lèvre et dans l'oreille du côté gauche. Il n'a point de mauvais goût dans la bouche, et l'ulcération porte une odeur tout à fait analogue à celle des dents cariées; il a bon appétit.

Traitement Vriès.

Le 6 février 1859, au matin, il survient une hémorrhagie.

Du 7 au 15, même état; douleurs d'oreille très vives. La croûte qui recouvrait l'ulcération est tombée; au-dessous on trouve une ulcération fongueuse.

Le 16, même état. Mauvaise odeur, maux de gorge; la tumeur ganglionnaire se ramollit.

Le 19, hémorrhagie au pansement.

Le 21, augmentation de la tumeur ganglionnaire.

Le 22, le malade dit qu'il va très bien.

Les jours suivants, les ulcérations augmentent, la commissure a disparu; l'ulcération comprend la gencive; le malade s'affaiblit considérablement.

Le 2, le malade a beaucoup souffert, surtout en un point où le ramollissement commence.

Le 5, fausse fluctuation en ce point. M. Vriès croit voir un abcès et fait prier M. Manec de donner un coup de bistouri; M. Manec ne juge point cette opération nécessaire.

Le 11, ulcération du point ramolli.

Le 15, les ulcérations augmentent; le malade a de la diarrhée, de la fièvre le soir, pas d'appétit; douleurs très vives; le malade ne se lève plus.

Le 20, sueurs abondantes; la fièvre hectique est établie et la cachexie cancéreuse complète; les douleurs restent les mêmes.

Le 26, les ulcérations sont au moins quatre fois plus étendues qu'au début du traitement; la face interne des joues est transformée en une vaste ulcération cancéreuse; il y a une communication établie entre la cavité buccale et l'extérieur par l'ulcération de la tumeur ganglionnaire; le malade souffre beaucoup, avale difficilement et reste toujours assoupi.

Pendant le temps où la maladie a suivi sa marche naturelle vers une terminaison fatale, le malade a pris chaque jour deux pilules Vriès.

Un gargarisme avec miel rosat; vin de Bordeaux, de Malaga, vin de quinquina, 125 grammes de chaque.

Le traitement local a consisté en lotions sur les surfaces cancérées avec un pinceau à aquarelle imprégné de poudres de couleurs variables dont quelques-unes agissaient à la manière du nitrate d'argent.

Le sieur Vriès a toujours témoigné un contentement parfait en présence des symptômes et de la marche de la maladie, et le malade semble partager la sécurité de celui qui le traite.

5e Fait. — *Ulcère cancéreux du pilier antérieur du voile du palais* (salle Saint-Jean, n° 24). — Fessart, soixante-cinq ans, cuisinier.

N'a eu aucun de ses ascendants ou collatéraux atteint d'affection du genre de celle qu'il porte. Son père, mort à quatre-vingt-dix-huit ans, sa mère à quatre-vingt-dix, tous deux d'un tempérament robuste et n'ayant jamais été malades.

Un de ses frères est mort à vingt-deux ans d'une fièvre, l'autre a succombé de la poitrine, comme dit le malade.

Quant à lui, il a toujours été en bonne santé, excepté en 1816, époque à laquelle il a été atteint d'un tremblement général; il s'est toujours bien nourri. Jamais il n'a eu d'accidents syphilitiques dans sa jeunesse. Marié, il a eu huit enfants dont six ont succombé à des affections diverses.

Ce malade, il y a dix mois, a éprouvé des douleurs de gorge qu'il attribua à la fumée de la pipe. Il est bon de noter qu'il fumait beaucoup; il cessa alors de fumer, néanmoins les douleurs continuèrent, et un médecin consulté ayant examiné la gorge, déclara qu'il existait une amygdalite et prescrivit des sangsues sur la région parotidienne. Quelque temps après le malade s'aperçut qu'il portait une tumeur au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, et commença à éprouver de violentes douleurs d'oreille.

M. Velpeau consulté, prescrivit un vésicatoire et un emplâtre avec de l'extrait thébaïque.

Les douleurs n'ont point cessé, et la tumeur a acquis le volume qu'elle a actuellement, celui d'un gros œuf de pigeon. Les fonctions digestives n'ont point été troublées pendant tout ce temps. Le malade a seulement un peu maigri.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons, à l'extérieur, une tumeur à la partie supérieure et latérale du cou, dure, un peu bosselée et jouissant d'une mobilité douteuse.

Dans la bouche existe, sur le pilier antérieur du voile du palais et la base de la langue, une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes, à bords taillés à pic, à fond blanchâtre, pointillé. Tout autour, le pilier et la base de la langue sont indurés.

L'examen provoque peu de douleurs. Le malade ne se plaint pas de porter dans la bouche une mauvaise odeur, et son haleine n'est pas fétide. Il n'y a point eu d'hémorrhagie.

Le malade se plaint seulement de douleurs assez vives, surtout dans l'oreille, et variables en intensité.

L'appétit est très bon.

M. Manec diagnostique un cancroïde et prescrit de la tisane de houblon, deux portions, et fait appliquer avec un pinceau de charpie, tous les jours, de la teinture d'iode pure sur l'ulcération. Après vingt applications de ce topique, le malade éprouve du mieux, l'ulcère a un aspect un peu meilleur, ses bords se sont un peu aplatis; mais l'induration persiste, et la tumeur extérieure n'a pas changé.

Le 30 janvier, trois jours après la suspension des applications de teinture d'iode, le malade est soumis au traitement Vriès.

Le 1er, le malade semble regretter les lotions avec la teinture d'iode; il souffre beaucoup.

Les jours suivants le malade souffre beaucoup, l'ulcération est moins nette, les lotions avec la teinture d'iode l'avaient détergé. Purgatif : huile de ricin, 30 grammes.

Le 7, le malade a beaucoup salivé.

Le 14, les ganglions engorgés ont augmenté.

Les jours suivants, douleurs excessivement vives, insomnie, amaigrissement.

Le 20, épistaxis.

Le 21, le gonflement du cou a augmenté; cependant le malade dit qu'il va très bien; du reste le malade n'a pas dormi de la nuit, il a salivé et souffert beaucoup et comme avant il ne peut ingérer d'aliments solides.

Le 23, augmentation notable des ganglions cervicaux, douleurs.

Le 24, hémorrhagie par la bouche, l'ulcération n'est point examinée, le malade dit que le sieur Vriès lui a défendu de se laisser examiner; du reste le sieur Vriès lui-même n'examine point l'état du voile du palais.

Le 25, le malade souffre beaucoup; les jours suivants même état, c'est-à-dire douleurs très vives et augmentation des ganglions cervicaux.

Le 3 mars, le malade a tellement souffert qu'il se serait, dit-il, volontiers jeté à l'eau.

Le 6, les ganglions cervicaux ont beaucoup augmenté, le malade se laisse examiner : la base de la langue est énorme, l'ulcération est agrandie, la déglutition est très pénible et le malade constate lui-même qu'il a beaucoup maigri.

Le 11, augmentation des ganglions; la région sous-maxillaire est emportée même du côté opposé à l'engorgement.

Le 14, le malade a eu un accès d'asthme pendant la nuit; le matin sa voix est affaiblie.

Le 15, l'examen du malade a permis de constater que les indurations qui existaient à la base de la langue se sont étendues et ont gagné la voûte palatine et le rebord alvéolaire.

Le 20, les ganglions ont un volume triple relativement à celui qu'ils avaient au moment où le malade a été soumis au traitement; les douleurs sont les mêmes, seulement le malade répond qu'il va tout doucement.

A partir de ce jour cette réponse semble un parti pris chez le malade, mais en le questionnant il nous apprend qu'il dort une heure par nuit et que pendant son insomnie il éprouve des douleurs de tête très violentes.

Le 26, l'état est le même, seulement les ganglions ont augmenté de volume et à gauche, sous la mâchoire, trois ganglions nouveaux ont commencé à se faire sentir.

Le sieur Vriès assure au malade que la tumeur du cou diminuera et disparaîtra sans ulcération et gangrène. Assertion peu admissible, le ganglion présentant en un point la mollesse caractéristique, qui annonce le passage du cancer de la période de crudité à celle de ramollissement.

Le 27, un fait important s'est passé : le malade faisait constater sa maigreur et disait qu'il ne trouvait rien de changé dans son état ; le sieur Vriès s'est emporté et a déclaré au malade qu'il ne le traiterait plus et le laisserait succomber.

Traitement, régime. — Bouillon, potage, vin ordinaire ; les aliments comme pour les malades de M. Velpeau subissant le traitement Vriès, doivent être exempts de poivre et de sel.

Traitement général. — Pilules de la composition Vriès.

Traitement local. — Poudre portée avec le doigt indicateur sur l'ulcération.

Gargarisme de la composition Vriès.

Cataplasmes laudanisés sur la tumeur ganglionnaire.

L'état moral du malade devant nous est bon, ses souffrances ne lui ôtent rien de sa sécurité. Il croit qu'il guérira.

6e Fait. — *Squirrhe lardacé du sein droit bien caractérisé* (salle Sainte-Catherine, n° 29). — Catherine Kekinger, cinquante-sept ans, femme de ménage, rue Basfroid, 20, née à Sennanges (Moselle), mariée ; entrée le 1er février 1859.

D'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, n'a jamais été malade, mariée pendant dix-sept ans, n'a pas eu d'enfants. Réglée jeune et toujours très bien pendant trois jours, sang bien rouge ; cessation des règles il y a sept ans ; pas d'antécédents dans la famille, quatre frères, quatre sœurs bien portants ; père et mère morts de vieillesse.

Début de la tumeur il y a dix mois ; la malade a fait à cette époque une chute violente sur le pavé ; elle est tombée sur le sein droit. Le sein s'est tuméfié, est devenu douloureux, sans ecchymose ni abcès, a doublé de volume, le bras s'est enflé ; cataplasmes sur le sein tous les soirs. Au bout de deux mois, le sein a commencé à diminuer ; à la fin du mois de mai, il était dur comme aujourd'hui, mais moitié moins gros ; il était à peine plus volumineux que le sein gauche ; il a grossi lentement, graduellement, sans éveiller de douleurs bien vives, le bras a toujours été plus douloureux que la tumeur.

Etat actuel. — Tumeur globuleuse occupant tout le sein, du volume d'un œuf d'autruche, un peu plus dure à sa partie inférieure

qu'à sa partie supérieure, de consistance lardacée, ne se laisse pas déprimer, nullement élastique. La base est tellement adhérente au pectoral qu'il est impossible de la faire mouvoir de haut en bas, on ne peut l'ébranler que de gauche à droite. Elle se prolonge par un pédicule dans l'aisselle, où l'on trouve dans le creux axillaire même une petite plaque très dure, de même consistance que la tumeur principale et d'environ 2 centimètres carrés d'étendue. Sur cette plaque la peau offre des plis comme si elle était rétractée, attirée fortement en dedans. La peau qui recouvre la tumeur du sein est partout adhérente, parsemée de taches violettes; le mamelon est déprimé et fendu dans le sens transversal; si on le presse, il en suinte un liquide ichoreux.

La malade s'inquiète beaucoup plus des douleurs qu'elle éprouve le long du bras droit que des rares élancements qu'elle ressent dans le sein.

Elle n'a jamais fait d'autres traitements que de mettre des cataplasmes.

Traitement Vriès.

Du 2 au 12 février, une pilule chaque jour.

Pas de changements, ni dans la tumeur ni dans les douleurs.

2 mars. Le sieur Vriès, pour combattre la tuméfaction du bras, applique une bande roulée autour du membre de la façon suivante : il commence par appliquer un tour de bande à la racine du bras et l'assujettit au moyen d'une épingle, puis il déroule la bande sur le bras, de manière à laisser entre chaque tour de bande un intervalle d'un centimètre à travers lequel la peau vient faire saillie. Arrivée à la main, la bande est roulée trois ou quatre fois sur les doigts, et le globe qui n'a pas été employé est déroulé jusqu'au bout et fini à l'aide d'une épingle sur le bord externe de la main.

6 mars. Le bandage tombe de lui-même, les tours de bande avaient fini par glisser jusqu'à la main et ne servaient plus à rien.

Même traitement jusqu'au 26 mars; pilules, cataplasmes, poudre d'amidon sur le bras.

26 mars. Toute la moitié droite de la poitrine de cette malheureuse femme est envahie par le cancer; c'est une vraie cuirasse; toute la peau qui entoure le sein, surtout du côté de la région dorsale, les ganglions du cou, de l'aisselle, sont tuméfiés et très douloureux, la peau de l'aisselle est ulcérée; une suppuration fétide et abondante s'est établie depuis quinze jours dans le creux axillaire. Le bras gauche est énormément tuméfié; il est deux fois plus gros que le bras droit; la flexion est devenue impossible; les doigts ne peuvent plus se plier ni être pliés; la paume de la main, au lieu d'être excoriée est tuméfiée et saillante, et est devenue le siége de douleurs intolérables. La malade dit qu'elle souffre dix fois plus du creux de la main que de sa tumeur du sein; le cou est tuméfié,

les ganglions cervicaux sont durs et douloureux; toute l'épaule est aussi très douloureuse et tuméfiée; l'enfoncement produit par le doigt à la pression des tissus œdématiés persiste quelques minutes; la peau a changé de couleur : rouge foncé à la partie inférieure de la poitrine, elle est devenue livide, violette à la partie supérieure, surtout au moignon de l'épaule.

La malade ne peut dormir un quart d'heure de suite; elle fait, dit-elle, la navette du tisserand, c'est-à-dire se lève et se couche à chaque instant, ne sachant quelle position garder pour moins souffrir.

Au milieu de tous ces désordres, l'état général est assez bon, l'appétit est conservé, et les fonctions s'accomplissent assez régulièrement.

7° Fait. — *Tumeurs solides du ventre.* — L'une située dans l'hypochondre gauche, offre la plupart des caractères du squirrhe. — L'autre, située dans l'hypogastre à droite, ressemblant presque de tous points aux corps fibreux, oblige à quelques réserves sous ce rapport. — Quoi qu'il en soit, elles semblent devoir résister à toutes les médications résolutives généralement connues (salle Sainte-Catherine, n° 28). — Hyacinthe Ruffié, âgée de trente-deux ans, lingère, rue Constantine, 45, née à Saint-Amour (Jura), entrée le 31 janvier.

12 février 1859. Les douleurs sont plus vives. Les tumeurs n'ont pas changé de volume et de consistance.

D'une bonne constitution. N'a jamais été malade, quatre enfants, pas d'antécédents de famille.

Réglée à dix-neuf ans, toujours régulièrement. Jusqu'à vingt-quatre ans, toujours nourrice ou enceinte.

Dernier accouchement il y a quinze mois. N'a pas eu ses règles depuis six mois.

Il y a quatorze mois, s'est aperçue, en mettant son corset, d'une tumeur à l'hypochondre gauche; elle était alors grosse comme une noisette et n'éveillait aucune douleur.

Elle est restée stationnaire jusqu'au moment où les règles ont disparu, et alors elle a commencé à grossir très rapidement pour acquérir le volume du poing.

Elle a toujours offert la même consistance, celle du cartilage fibreux. La partie supérieure de cette tumeur touche aux dernières côtes. Elle n'est séparée de la peau que par du tissu cellulaire graisseux. Elle paraît avoir sa racine du côté de la colonne vertébrale.

Dans l'hypochondre droit, la malade porte une autre tumeur offrant tous les caractères d'un corps fibreux de l'utérus, adhérent à la partie supérieure de cet organe.

Traitement en ville. — Iodure de potassium à l'intérieur; frictions sur le ventre avec la pommade iodée.

Traitement commencé le 5 février, 2 pilules.

On donne tous les jours 2 pilules jusqu'au 18 mars.

Le 18 mars, la malade demande à sortir pour aller voir un de ses enfants malades, et promet au sieur Vriès d'aller tous les jours chez lui avaler 2 pilules.

Voici ce que dit la malade le matin de sa sortie de l'hôpital :

Elle ressent des douleurs très vives dans tout le ventre, surtout dans le côté gauche; elle ne peut plus se plier et éprouve une oppression très grande.

Si l'on palpe le ventre, on trouve que les deux tumeurs ont sensiblement augmenté de volume, qu'elles sont beaucoup plus douloureuses à la pression, et enfin que la malade est enceinte.

Le col utérin est mou, hypertrophié; on entend les battements du fœtus, et l'on sent le ballottement; la malade accuse en outre les mouvements du fœtus.

Exeat le 18 mars.

8e Fait. — *Encéphaloïde lardacé du sein gauche* (salle Sainte-Catherine, n° 27). — Marie-Jeanne Serée, âgée de soixante-trois ans, marchande des quatre saisons, rue Bichat, 30, née à Paris, veuve, entrée 4 février.

D'une bonne constitution et d'une bonne santé générale. Fluxion de poitrine en 1832 au côté gauche.

Mère morte à soixante-huit ans, père mort d'accident. Pas de frère ni sœur. Elle a eu six enfants, tous bien portants.

La malade fait remonter le début de sa tumeur au mois d'avril 1858. C'était alors de la dimension d'une grosse noisette; elle avait reçu un coup de coude très violent au mois de février précédent, et en avait souffert pendant quinze jours.

La tumeur a grossi lentement : cataplasmes. — Au mois de juillet, les douleurs lancinantes ont commencé à apparaître, surtout la nuit. (La malade a toujours été bien réglée; elle ne l'est plus depuis 1836.)

Etat actuel. — Le sein gauche est doublé de volume, induré dans toute sa masse, mais inégalement. A la partie inférieure il y a encore du tissu sain, mais à la partie supérieure, dans une étendue égale au volume du poing, on trouve une partie dure comme du lard, se laissant encore un peu déprimer. Toute la peau du sein est rouge, surtout dans la portion qui recouvre la tumeur principale; elle n'est adhérente que dans cette partie, et un peu amincie. Elle est sillonnée de gros cordons veineux bleuâtres.

La tumeur est encore mobile sur le pectoral. Le mamelon est enfoncé. Pas de suintement.

Les ganglions de l'aisselle sont hypertrophiés, indurés et reposant sur une plaque grande comme une pièce de cinq francs. Cette plaque, d'une dureté cartilagineuse, se continue par un pédicule avec la tumeur du sein.

Depuis le mois de janvier seulement les douleurs sont devenues vives, la pression est très douloureuse, la malade ne souffre pas le long du bras.

Traitement. — Rien en ville.

Traitement Vriès :

5 février, magnésie.		9 février, 2 pilules.	
6 — 2 pilules.		10 — 2 —	
7 — 2 —		11 — 2 —	
8 — 2 —		12 — 2 —	

Pas de changement..

On continue l'administration des pilules tous les jours, et de temps à autre on ordonne des cataplasmes, un tous les jours depuis quinze jours.

26 mars. La malade dit que depuis un mois elle souffre horriblement.

La tumeur est aujourd'hui deux fois plus volumineuse que le 5 février. Tout le sein est devenu malade; il est immobile sur le thorax et dur dans toute son étendue.

Depuis trois semaines, il s'est développé sur la tumeur un petit champignon, gros aujourd'hui comme une noix, recouvert d'une peau rouge écarlate, et amincie. Ce champignon, très douloureux, est moins dur que le reste de la tumeur; il est le siége de vifs élancements.

Depuis un mois, une tuméfaction mal limitée a commencé à apparaître au-devant du sternum, dans son tiers supérieur. On sent dans cet endroit un empâtement dur, douloureux, avec épaississement et adhérence de la peau.

Les ganglions du cou et de l'aisselle ont augmenté de volume et sont toujours très douloureux.

Une plaque énorme et indurée s'est développée dans la région sous-axillaire, plaque de tissu de même nature que celui du sein gauche.

Le volume et le nombre des cordons veineux qui rampent à la surface de la poitrine, du côté gauche, n'ont fait que croître.

La malade ne peut pas dormir, mais l'état général est assez bon, c'est-à-dire qu'elle mange et qu'elle digère encore bien.

9e Fait. — *Cancer de l'œil droit et de la parotide droite* (salle Sainte-Catherine, n° 26). — Catherine Maronne, âgée de quarante-quatre

ans, rue de Lappe, 47, née à la Gravière (Cantal), mariée. Entrée le 4 février 1859.

D'une constitution lymphatique, ordinairement bien portante. réglée à seize ans, pas de flueurs blanches; quatre enfants, tous en bonne santé. Pas d'antécédents dans la famille.

Début de la tumeur, il y a huit ans, par des taches rouges à l'angle externe de l'œil. La malade ne peut pas donner de renseignements exacts sur la marche de la maladie. Il y a à peu près un an que l'œil est dans le même état qu'aujourd'hui.

Il n'y a que quatre mois que la tumeur parotidienne a commencé à apparaître. Petites tumeurs, dures d'abord, qui se sont ulcérées depuis deux mois.

Etat actuel. — La paupière est énormément tuméfiée, rouge, œdématiée, immobile; on peut la soulever, mais très peu, et alors on découvre un champignon sortant de l'orbite, ressemblant à un cancroïde ulcéré, surface rose, bourgeonnante et recouverte de pus, grosse comme un petit œuf de poule, ayant pris complétement la place du globe oculaire, dont il ne reste plus trace. La paupière inférieure a disparu; elle a été envahie par l'ulcération cancéreuse.

Toute la joue est œdématiée et deux fois plus grosse que la joue gauche. Elle est pendante et entraîne dans sa chute la commissure labiale gauche.

Toute la parotide gauche est malade; elle est envahie par une tumeur dure, de consistance cartilagineuse, du volume du poing, recouverte par une peau rose, adhérente, ulcérée dans son milieu. Par cette ulcération, grande comme une pièce de cinq francs, sortent de petits bourgeons suppurants, pareils à ceux de l'œil. L'oreille n'est pas durcie en arrière, elle est seulement soulevée par le bord externe de la tumeur; le conduit auditif externe est un peu aplati, la malade n'entend plus de ce côté.

Si l'on tire une ligne de la partie supérieure de l'oreille à l'angle externe de l'œil, on a la ligne de démarcation de la tumeur.

En bas, elle dépasse un peu l'angle de la mâchoire, et en avant, ou à sa partie interne, si l'on aime mieux, elle est limitée par une ligne qui partirait de l'angle externe de l'œil pour aller rejoindre l'endroit où l'artère faciale croise le maxillaire inférieur.

La malade se plaint de violents maux de tête; elle ne se plaint pas de douleurs lancinantes dans les tumeurs.

Elle dit n'avoir pas suivi de traitement en ville.

Traitement Vriès. — 8 février, 2 pilules.

9 février.

10 — 2 pilules; application du caustique.

11 — 2 pilules, caustique.

12 — 1 pilule, caustique.

On continue toujours les pilules, le caustique ; puis cataplasmes, 2 pilules tous les jours. On a mis pendant quelques jours des compresses, trempées dans l'acétate d'ammoniaque, sur l'œil.

26 mars. La paupière supérieure de l'œil droit est devenue énorme ; elle a atteint le volume d'un œuf de poule, elle est infiltrée et retombe complétement sur la joue, elle recouvre tout le champignon cancéreux qui sort de l'orbite, elle est d'un rouge livide, ainsi que toute la moitié droite de la figure. Toute la joue est œdématiée ; la parotide est deux fois plus grosse que le 8 février ; la peau qui la recouvre est violacée. La suppuration qui s'échappe de la portion ulcérée est très abondante et de mauvaise nature. La parotide énorme, énormément tuméfiée, est ramollie en certains points.

La malade est complétement sourde de l'oreille droite. Elle est dans un état de débilité extrême, sa peau se ride et jaunit, elle maigrit beaucoup.

10e Fait. — *Squirrhe ulcéré et pustuleux du sein gauche* (salle Sainte-Catherine, n° 25). — Françoise Favry, âgée de soixante-quatre ans, rue de Paris, 75, à Montreuil, née à Saint-Front (Orne), veuve, entrée le 5 février.

D'une bonne constitution, toujours bien portante. Réglée à quatorze ans, cessée en 1848. Un enfant, mort de convulsions à vingt mois.

Père mort à quatre-vingts ans, mère à soixante et dix-huit ; seize frères et sœurs ; aucun n'a eu de tumeurs.

Début de la tumeur il y a un an. Aux changements de temps seulement la malade éprouvait des picotements. Le mamelon était rétracté, enfoncé ; les pustules qui sont tout autour ne sont venues que depuis huit mois.

Elle a mis d'abord du mouron pilé. Elle a été consulter il y a trois semaines ; on lui a ordonné des cataplasmes, huit jours après la peau s'est ulcérée.

Etat actuel. — Tumeur du volume du poing en y comprenant toutes les pustules qui la bordent. Le mamelon forme centre ; il est entouré, à sa périphérie, d'une rigole peu profonde, au fond de laquelle on aperçoit un tissu ulcéré, rouge et sécrétant un peu de pus ; le mamelon est dur, un peu noir, ratatiné. Tout le sein est pris par la tumeur, il est dur, de consistance lardacée. La peau est adhérente partout. Les pustules très dures, au nombre d'une vingtaine, sont les unes grosses comme des pois, les autres comme des haricots, et paraissent toutes superficiellement placées. La peau est rouge sur chacune d'elles, ce qui donne un aspect pointillé à la tumeur. Pas de développement des veines. La tumeur est mobile sur le pectoral. Pas de ganglions dans l'aisselle.

Douleurs lancinantes presque tous les jours.

Traitement. — 6 février, 1 pilule, application de caustique.

7 février, 1 pilule, caustique.
8 — 2 pilules, caustique.
9 — 2 pilules, caustique.
10 — 2 pilules, caustique.
11 — 2 pilules, caustique.
12 — 2 pilules, caustique.

Tous les jours 2 pilules; poudre sur l'ulcère et charpie.

26 mars. L'ulcère s'est étendu de tous les côtés, il a gagné en surface et en profondeur, il est beaucoup plus large, plus anfractueux. Un nombre considérable de grosses pustules se sont développées tout autour de cet ulcère, et sont le siége de douleurs très vives; la peau qui les recouvre est rouge et adhérente.

La malade se plaint d'avoir la bouche sèche, de souffrir beaucoup de douleurs lancinantes, de maigrir; elle commence à prendre la teinte jaune-paille, et à avoir des selles involontaires.

Elle dit qu'elle mange bien et qu'elle dort bien.

Les ganglions de l'aisselle et du cou ne sont pas pris.

11e Fait. — *Cancroïde du pli de l'aine et de la grande lèvre à droite* (salle Sainte-Catherine, n° 24). — Damoreau (Pierrette-Anne), âgée de soixante-deux ans, rue de la Roquette, 46, née à Bar-sur-Aube, mariée; entrée le 7 février 1859.

D'une bonne constitution, n'a jamais été malade. Réglée à seize ans, cessée à cinquante-deux ans. Quatre enfants, deux garçons et deux filles. L'aîné mort du choléra, le deuxième du croup, le troisième de convulsions, le dernier se porte bien.

Mère morte à quatre-vingt-cinq ans, père à cinquante-deux ans, d'une maladie du foie; ses frères et sœurs sont tous bien portants.

Début de la maladie, il y a un an; petite tumeur à la grande lèvre: on l'a cautérisée plusieurs fois au nitrate d'argent; pommade jaune.

Au mois d'octobre, le 17, apparition d'un érysipèle phlegmoneux de tout le membre abdominal droit. L'aine s'est tuméfiée; il est survenu un énorme abcès, on l'a ouvert, et depuis ce temps l'ouverture de l'abcès a toujours été en grandissant.

Etat actuel. — Vaste ulcération fongueuse à fond sanieux, grisâtre, à bords durs, calleux, retroussés, saignant au moindre frottement. Quand on écarte bien les bords de cette caverne, on trouve une cavité où l'on pourrait facilement loger un gros œuf de poule. La tumeur s'étend depuis le pubis jusqu'à l'épine iliaque antéro-inférieure, en suivant l'arcade de Fallope, mais elle est plus éten-

due du côté du ventre que du côté de la cuisse. On voit et l'on sent battre l'artère fémorale recouverte par un gros bourgeon charnu au fond de cette excavation. Toute la grande lèvre est tuméfiée. La grande lèvre gauche est dure, mais non ulcérée. Douleurs lancinantes, hémorrhagies légères de temps à autre.

Traitement. — 8 février, 2 pilules, caustique.

9 février, 2 pilules, caustique.

10 — 2 pilules, caustique.

11 — 2 pilules, caustique.

12 — 1 pilule, caustique.

Poudre et cataplasmes.

Le 16 février, un érysipèle commence à se montrer autour de la plaie, la malade est prise de délire.

17 février. Pouls à 130, subdelirium, l'érysipèle s'est étendu à toute la paroi abdominale; on pourrait dire que c'est un érysipèle blanc, tant la coloration de la peau est peu marquée, surtout en certains endroits.

18 février. La malade meurt le soir à six heures.

Le sieur Vriès attribue la mort de la malade à une imprudence commise par elle : il lui avait, dit-il, complétement interdit le vin, elle en avait bu un verre la veille : « Vin avoir amené inflammation » et avoir fait mourir. »

12e Fait. — *Cancer du rectum* (salle Sainte-Catherine, n° 23). — Victoire Goussard, quarante-sept ans, brunisseuse, rue Notre-Dame-de-Nazareth, 53, née à Franconville (Eure-et-Loir), mariée; entrée le 9 février.

D'une bonne constitution, peau brune, cheveux noirs, toujours bien portante. Réglée à seize ans. Les règles se sont arrêtées depuis un an : fausse-couche à vingt-deux ans; un garçon à vingt-cinq ans, qui est mort à dix-sept ans de phthisie. Père mort à soixante et seize ans; mère à soixante et treize ans, asthmatique; frère et sœurs se portent bien.

Le mari est salle Sainte-Vierge, 17.

Il y a un an, pour la première fois, la malade ressentit des douleurs cuisantes et lancinantes dans le fondement. Elle avait en même temps de la constipation et des douleurs en allant à la selle.

Elle a pris des lavements; elle ne pouvait plus aller à la selle sans cela; un médecin, consulté au mois d'octobre, a ordonné des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium; le malade a suivi ce traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital; grands bains, bains de siége; elle a pris aussi des pilules d'extrait de ciguë.

Elle a perdu du sang par le rectum pendant six mois; les hémorrhagies se sont arrêtées depuis le mois d'octobre; le médecin

appliquait des mèches de ratanhia. Depuis deux mois il s'écoule des matières fécales mêlées de pus et d'une odeur cancéreuse ; pas de douleurs dans le ventre ; bon appétit ; elle a maintenant des alternatives de diarrhée et de constipation.

Si l'on introduit le doigt dans le rectum, on sent, à 1 centimètre et demi de hauteur, une tumeur dure, fongueuse, saignante à la moindre pression et douloureuse, occupant tout le calibre de l'intestin ; il est impossible de passer le doigt entre le rectum et la tumeur, et la malade souffre trop pour que l'on puisse franchir la tumeur en passant le doigt à travers les anfractuosités du cancroïde.

Traitement. — 11 février, une pilule.

12 février, deux pilules.

13 février, deux pilules, spéculum et caustique.

Tous les deux ou trois jours, le sieur Vriès fait appliquer le spéculum ani et badigeonne la tumeur cancéreuse avec un petit pinceau à aquarelle imbibé d'une petite quantité de poudre dont la couleur est variable.

26 mars. La malade éprouve, comme par le passé, des alternations de constipation et de diarrhée ; elle va quelquefois six fois à la selle dans la même heure au prix de souffrances atroces et restera ensuite trois jours sans y aller.

Elle rend toujours par le rectum des matières purulentes et fétides ; quelquefois elle rend du sang. Les douleurs sont devenues intolérables ; hier, 25 mars, elle ne pouvait pas parler à son mari tant elle souffrait ; elle ne peut pas dormir un moment tranquille ; tout le ventre est douloureux ; la teinte jaune-paille de la peau est beaucoup plus marquée, plus foncée depuis huit jours, et l'amaigrissement de la face fait des progrès rapides ; l'appétit est conservé.

13e Fait. — *Cancer de la région parotidienne droite* (salle Sainte-Vierge, n° 51). — Étienne Vadez, âgé de soixante-seize ans, entré le 9 février 1859 dans le service de M. Velpeau, a toujours joui d'une bonne santé jusque il y a six mois, époque à laquelle il a remarqué pour la première fois l'affection qui l'amène à l'hôpital. Aucun de ses parents proches ou éloignés n'en a à sa connaissance jamais présenté de semblable à la sienne.

Il y a six mois il a remarqué pour la première fois une *petite croûte* sur le bord libre de l'extrémité supérieure du pavillon de l'oreille du côté droit. Les dimensions du mal étaient tellement petites qu'une pièce d'un centime l'aurait couvert en entier. Ce n'est que deux mois plus tard qu'il a envahi la région mastoïdienne pour s'étendre progressivement jusqu'à atteindre une surface de 8 ou 9 centimètres carrés qu'il occupe aujourd'hui. Cette grosseur, qui était d'abord indolente et dure, s'est ulcérée il y a un mois seulement ;

elle a commencé à jeter, dit le malade, et a été le siége de douleurs vives qu'il compare à des élancements.

État actuel. — 9 février 1859. La tumeur, qui représente un vaste champignon ulcéré et profondément excavé dans son milieu, répond par son centre à peu près au sommet de l'apophyse mastoïde. C'est à ce niveau qu'elle est le plus creuse ; de là l'ulcère en s'élevant graduellement s'étend en avant jusqu'au bord antérieur du muscle masséter, la base du tragus et la partie la plus reculée de la région temporale. Le pavillon de l'oreille dévié regarde en avant par sa face externe et se trouve ulcéré dans le tiers supérieur environ de sa circonférence. En haut, la tumeur dépasse à peine de quelques millimètres l'insertion supérieure du sterno-mastoïdien et s'étend en arrière jusqu'au bord postérieur de ce muscle. Inférieurement elle s'arrête sur une ligne horizontale qui prolongerait en arrière le bord inférieur du maxillaire inférieur. La forme de cette tumeur est à peu près circulaire et sa surface ulcérée laisse écouler un liquide sanieux.

21 février. Le matin, pendant la visite, il se fait dans la partie supérieure de l'ulcère une hémorrhagie qui a donné lieu à un écoulement de 100 grammes de sang environ, au moment où on levait le pansement. Le sieur Vriès étend sur la partie saignante de l'ulcère une poudre délayée dans de l'eau ; mais l'hémorrhagie ne s'arrête que lorsqu'on a eu appliqué une rondelle d'agaric. Jusqu'à ce jour le malade a pris tous les matins une pilule Vriès.

27 février. Paralysie faciale commençante du côté droit. Extension assez intalle du mal sur tout le pourtour de l'ulcération cancéreuse. En avant, on observe de petits tubercules indurés et adhérents à la peau jusqu'à la commissure droite des lèvres.

Application locale de la poudre chaque jour et administration des pilules *ut suprà*.

Les jours suivants la paralysie fait de rapides progrès ; les paupières de l'œil droit restent entr'ouvertes, la commissure labiale gauche est fortement tiraillée du côté correspondant. Le malade présente une teinte terreuse de la face, teinte qu'on n'observait pas lors de son entrée à l'hôpital.

26 mars. L'administration des pilules a continué jusqu'à ces derniers jours, où le sieur Vriès leur substitue un petit paquet de poudre qu'il fait prendre au malade après l'avoir suspendue dans un quart de verre d'eau.

14e Fait. — *Cancroïde de la lèvre inférieure ayant envahi les régions jugulaire et sous-maxillaire du côté droit, depuis le traitement* (salle Saint-Jean, n° 16). — Louis-Sulpice Mettas, cinquante-neuf

ans, journalier. Tempérament sanguin, constitution robuste. Pas d'antécédents cancéreux dans la famille.

La maladie a débuté il y a quatre ans. Il y a un an, la tumeur de la lèvre, située près de la commissure droite, était grosse comme une aveline.

Depuis cette époque, et surtout depuis trois mois, elle s'est accrue rapidement et présente l'état suivant lors de l'entrée du malade :

La lèvre inférieure présente une tumeur qui offre la forme d'une demi-ovale à convexité inférieure, s'étendant jusqu'au pli mentonnier ; son diamètre transversal est de 9 centimètres environ, le vertical, de 5 à 6. Elle présente tous les caractères ordinaires d'une tumeur épithéliale. Sa dégénérescence semble n'avoir pas envahi les plans musculaires.

Les parties voisines ne sont pas saines : 1° à droite, épaississement de la joue, limité en haut par une ligne allant du conduit auditif externe à un travers de doigt au-dessus de la commissure, se confondant en bas avec une tuméfaction considérable, offrant le volume de deux fois le poing d'un adulte, et occupant les régions jugulaire et sus-hyoïdienne; la peau qui recouvre ces parties est luisante et d'un brun violacé, deux orifices fistuleux donnent issue à du pus assez bien lié ; 2° *à gauche*, les ganglions situés à l'angle de la mâchoire sont gros comme un œuf de pigeon.

L'état général du malade est assez bon.

Le malade mange deux portions.

30 janvier. Le sieur Vriès entreprend le traitement et a l'air de regarder comme un rien la guérison de cette maladie.

Traitement du 30 janvier au 28 février. — Le sieur Vriès a donné des pilules, tantôt une, tantôt deux par jour ; en outre, il a donné quelques purgatifs de temps en temps.

Vers le milieu de février, il a commencé à étendre sur la tumeur une poudre blanche, mais à la dose d'une pincée chaque fois.

Comme régime, bouillons, potages, pas de vin, ni de café, ni de poivre, etc.

Vers le 22 février, il permet une ration de vin, puis deux.

La maladie a continué ses progrès.

Etat du malade le 28 février. — La tumeur de la lèvre s'étend peu à gauche et remonte vers la commissure droite.

Presque toute la tumeur formée par le gonflement ganglionnaire du côté droit est transformée en une vaste surface mamelonnée, donnant issue à un pus fétide.

Le malade est plus faible et plus abattu, il mange moins.

Du 28 février au 6 mars. Même traitement, sauf le vin dont le malade boit 200 grammes environ par jour.

Une traînée des mamelons dont la tumeur est formée se trouve envahie par la mortification. Il semble que toute la tumeur soit sur le point de se sphacéler.

Le sieur Vriès annonce que dans huit jours la tumeur sera tombée.

Du 6 au 20 mars. La série de mamelons frappés par la mortification se détache, et donne naissance à une crevasse de 10 ou 12 centimètres de longueur sur 2 de largeur, puis le travail de mortification s'arrête.

L'état du malade est empiré, la faiblesse est très grande, l'appétit presque nul, le sommeil seul est conservé.

26 mars. Même traitement.

La tumeur de la lèvre est augmentée, quoique sur sa surface plusieurs des saillies mamelonnées soient flétries et desséchées.

11 centimètres dans le sens transversal. La dégénérescence remonte jusqu'à 1 centimètre au-dessus de la commissure droite.

La tumeur située à l'angle droit de la mâchoire est remplacée par une excavation dont le fond est formé par le maxillaire et par les plans musculaires et aponévrotiques qui s'y insèrent.

Les bords de cette cavité sont retroussés en forme de champignons et sont hérissés de saillies mamelonnées.

L'ouverture présente 12 à 13 centimètres de longueur et 4 à 5 de largeur. Cette tumeur n'est séparée de celle de la lèvre que par une languette de tissu dégénéré, non ulcéré.

Du côté gauche. Les ganglions situés à l'angle de la mâchoire forment une tumeur grosse comme un œuf de pigeon.

Le malade est couché, et dans une faiblesse telle, qu'il lui est impossible de se lever; sa respiration est anxieuse et son abattement extrême.

Il ne peut prendre que du bouillon et un peu de vin.

Le 25 et jours suivants le sieur Vriès ordonne · décoction avec eau, 1 litre; quinquina rouge, 180 grammes; acide sulfurique, 1 gr.

15e Fait. — *Cancer squirrheux du sein gauche* (salle Sainte-Rose). — La femme Dardaine, quarante-six ans, d'une bonne santé antérieure, amputée d'une jambe pour une affection articulaire consécutive à une violence portée sur l'articulation, n'a dans ses antécédents ou collatéraux aucun individu affecté de cancer.

Elle porte depuis dix-huit mois une glande dans le sein gauche, et elle attribue le développement de sa maladie à un coup reçu il y a quatre ans.

Depuis le mois de juin dernier, la tumeur s'est accrue, trois ganglions se sont engorgés dans l'aisselle et la malade a éprouvé de temps en temps des cuissons et des élancements dans le sein affecté.

Etat actuel. — Sein gros comme une grosse orange, dur bosselé

mais mobile sur la paroi thoracique, peau ridée à la partie inférieure, quelques veines dilatées ; mamelon effacé mais ne fournissant aucun écoulement. Trois ganglions gros comme de petites noisettes avec traînée qui conduit du sein vers ces ganglions.

La malade a des douleurs lancinantes, qui s'irradient dans la poitrine et le membre supérieur gauche, quelquefois insomnie.

La malade est bien réglée, a bon appétit et ses autres fonctions s'accomplissent régulièrement.

Traitement Vriès. — Le 25 mars, la tumeur du sein a beaucoup augmenté; elle se ramollit. La peau s'étend, et il existe une rougeur diffuse peu apparente, il est vrai, mais la chaleur y est augmentée, les ganglions sont dans le même état.

La malade dit aller très bien, elle avoue cependant qu'elle a des douleurs vives par instant.

16e Fait. — *Squirrhe ulcéré du sein droit* (salle Sainte-Rose, n° 82). — Millot (Camille), cinquante-deux ans, couturière.

Tempérament lymphatique, constitution assez bonne.

Réglée à treize ans, l'est encore à intervalles irréguliers de deux ou trois mois.

Pas d'antécédents cancéreux dans la famille ; a eu cinq enfants, dont elle a allaité les quatre derniers; sa dernière couche il y a vingt-cinq ans.

Il y a vingt-neuf ans, la malade a eu au sein droit une mammite avec suppuration, lorsqu'elle nourrissait pour la première fois.

La malade s'est aperçue de sa tumeur il y a vingt-six ans. Alors la tumeur était grosse comme une noix et ne la faisait nullement souffrir.

La tumeur a continué cette marche jusqu'au mois de juillet dernier, époque à laquelle elle présentait la grosseur d'un petit œuf. A partir de ce moment la malade a éprouvé dans sa tumeur des élancements de peu de durée, séparés par des intervalles souvent de plus d'un jour.

Au mois d'octobre, le mamelon a commencé par s'ulcérer et la tumeur a augmenté.

La malade n'a pas constaté de changement dans sa santé habituelle.

7 février. Au moment de l'entrée, tumeur du volume d'un gros œuf, située dans l'épaisseur du sein droit dont elle occupe le milieu. Elle est mobile, la peau qui la recouvre est saine et présente une dilatation des veines. Au lieu du mamelon, existe une ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes, autour de laquelle se trouve une auréole rouge de la largeur de 5 millimètres. L'ulcération donne issue à un pus normal et sans odeur fétide. Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle.

État général bon.

8 février. *Le sieur Vriès l'accepte.* Premier jour, 15 grammes d'huile de ricin.

9 février. Deux pilules.

Du 9 au 19 février. — Une ou deux pilules par jour, petite poudre passée sur l'ulcération.

Deux portions; abstinence de café, poivre, etc.; le vin est toléré.

19 février. Début d'un érysipèle qui, commençant autour de l'ulcération, envahit toute la peau du sein et s'étend dans la région sus-claviculaire et axillaire.

Le sieur Vriès suspend les pilules, donne des petits paquets de nitrate de potasse et ordonne de saupoudrer l'érysipèle avec de l'amidon.

Du 19 février au 15 mars. L'érysipèle a disparu, il y a eu formation de pus dans l'aisselle, ouverture de l'abcès par M. Manec. Le foyer de l'abcès est à peu près détergé.

15 mars. La malade reprend des pilules, une ou deux par jour; elle mange une portion depuis le 8 et elle boit du vin.

Au début de l'érysipèle le sieur Vriès a ordonné de la décoction de quinquina rouge, 180 grammes pour un litre d'eau avec 1 gramme d'acide sulfurique; elle continue à prendre sa décoction.

26 mars. La tumeur présente 9 à 10 centimètres en étendue transversale et verticale. Elle offre la forme d'un carré à angles arrondis; son épaisseur est de 5 centimètres environ.

Elle est plus molle qu'au début et offre des bosselures dont les unes sont dures et les autres ramollies. Elle est mobile comme par le passé. La peau qui la recouvre est chaude et présente des veines dilatées; l'ulcération n'a pas augmenté d'étendue.

La malade mange bien, dort bien, mais elle est plus faible qu'à l'entrée.

Ainsi rien, absolument rien n'est venu justifier les annonces du sieur Vriès. Le cancer n'est guéri chez aucun de nos seize malades : l'un d'eux, la femme du n° 24, est morte au bout de dix jours; chez tous les autres, le mal a suivi sa marche habituelle. Les souffrances ont été tantôt plus, tantôt moins vives; ainsi qu'il arrive souvent, des plaques ou des pelotons fongueux se sont parfois détachés des masses principales; mais les tumeurs n'ont jamais cessé de s'accroître et de se multiplier. En somme, après deux mois de traitement, tous ces pauvres cancéreux sont exactement dans le même état que s'ils n'avaient point été traités du tout.

Il est juste d'ajouter que le sieur Vriès a demandé, dès le prin-

cipe, plusieurs mois. Il a même dit depuis qu'il lui fallait quatre ou six mois avant de renoncer à ses convictions; il n'accepte du reste qu'avec réserve les malades des nos 23, 24, 25 et 26, de même que j'ai fait, de mon côté, quelques restrictions pour les nos 28, 30 et 32. Il est vrai encore que nous étions convenus de ne rien dire de l'expérimentation avant de l'avoir conduite jusqu'au bout; mais, d'une part, en faisant connaître aujourd'hui l'état de la question, nous pouvons le laisser libre de continuer ses expériences dans nos salles; et, d'autre part, lui ou ses amis ont si vite fait usage, dans la presse extramédicale, de ce qui se passait à l'hôpital au détriment de la vérité, que je suis depuis longtemps délié de tout engagement envers eux. D'ailleurs, à quoi bon temporiser davantage : pour M. Manec comme pour moi la question est jugée. Nous savons depuis longtemps que le sieur Vriès se trompe ou en impose quand il dit avoir trouvé l'antidote du cancer.

Ce matin même, 27 mars, en présence de M. Davenne, directeur de l'assistance publique, de M. Roger, directeur de l'hôpital, des élèves internes et d'un grand nombre de médecins du dehors, nous lui avons communiqué, M. Manec et moi, l'état des malades; il a constaté l'exactitude des faits; il avoue que tout, dans les observations exposées plus haut, est conforme à la vérité; puis, sans en donner de raison, il a refusé de signer ce dernier procès-verbal, quoiqu'il eût signé le premier sans difficulté, ainsi que le prouve la pièce que voici :

« M. Velpeau ayant fait quelques réserves sur certains des malades en expérimentation, il est juste que M. Vriès consigne également ici les siennes.

» En conséquence, il indique le cancer de l'œil (n° 26),

» Le cancroïde de l'aine (n° 24),

» Le cancer du rectum (n° 23),

» Le squirrhe ulcéré (n° 25),

» Comme des cas en dehors de son expérimentation officielle, et ce n'est que pour les autres qu'il prétend démontrer l'efficacité de son traitement.

» Tel est l'état constaté des malades, et que nous certifions par notre signature.

» VELPEAU, MANEC, VRIÈS.

» 13 février 1859. »

Comme il persiste à soutenir qu'il guérira nos malades si on lui accorde les six mois indiqués, je lui ai posé la question suivante :

« *D.* Si au bout des six mois les malades ne sont pas guéris, conviendrez-vous, au moins, que vous vous êtes trompé, que vous ne possédez pas le spécifique du cancer?

» *R.* Non, « si pas guérir les cancers à l'hôpital, moi guérir » les cancers à la ville! »

Il est clair, dès lors, que dans quatre mois nous ne serions pas plus avancés que maintenant, et que cet homme veut simplement gagner du temps au profit de son exploitation. Or, c'est là une comédie ou une mystification à laquelle notre dignité d'homme et de médecin ne nous permet pas de nous prêter plus longtemps.

Nous venons, en conséquence, exposer aujourd'hui la vérité devant vous, à savoir que :

1° L'antidote du cancer n'est pas encore trouvé, et il n'y a malheureusement pas d'illusion possible à ce sujet.

2° Le sieur Vriès n'a guéri aucun des cancers traités par lui sous nos yeux.

3° Tous les cancéreux de nos salles vont de plus en plus mal, à tel point que plusieurs d'entre eux ne tarderont pas à succomber.

4° Le sieur Vriès n'a jamais guéri un seul cancer.

Ses remèdes, insignifiants et sans action sur l'économie, sont des substances presque inertes, qui se trouvent partout, dans toutes les pharmacies, ne viennent pas des régions tropicales, et ne doivent rien à la végétation des Indes. Les analyses qui en ont été faites par MM. Mialhe, Ch. Robin, Ossian Henry, Regnault, le prouvent sans réplique.

Un mot d'explication maintenant sur mon intervention dans cette affaire, bien plus digne, j'ai honte de le dire, des

appréciations de M. Baillarger, des verges du ridicule ou de la police que d'un examen scientifique sérieux.

Si j'avais su que des expériences semblables aux miennes eussent été tentées, avec un résultat négatif, par le même individu, à l'hôpital des cancéreux de Londres, qu'il en avait été de même dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, si j'avais connu les élucubrations mystiques du sieur Vriès sur le fameux temple de marbre aux Champs-Élysées, etc., je n'aurais certes pas pris la peine d'examiner les prétentions et les affirmations d'une intelligence de cette trempe; mais, privé de ces renseignements, et croyant en partie à la bonne foi des personnages, j'ai eu la faiblesse de les écouter et de leur entr'ouvrir une porte honorable.

On voit, du reste, par ma lettre au *Moniteur des hôpitaux* du 3 février, que j'ai pris mes précautions, et que toutes mes réserves, à ce sujet, n'étaient que trop nécessaires.

Voici cette lettre :

« Monsieur le Rédacteur,

» La lettre de M. Déclat, letre prématurée et inopportune, à mon sens, insérée dans votre numéro de ce matin, exige de ma part un mot d'explication.

» Voici les faits :

» 1° Je n'ai vu M. Sax qu'une seule fois en consultation, et je n'ai point été à même de constater sa guérison depuis.

» 2° A M. Déclat, médecin fort intelligent, que je connais depuis longtemps, et qui est venu me raconter cette histoire, j'ai répondu qu'*un* fait pareil ne prouvait rien; que j'en avais rencontré; que beaucoup d'autres praticiens en avaient signalé de semblables à titre de cas exceptionnels, sans croire pour cela avoir trouvé l'antidote du cancer; que la cure dont il me parlait n'était d'ailleurs ni assez ancienne, ni assez complète pour pouvoir être admise, quant à présent du moins.

» 3° J'ai ajouté que, sans *nier* absolument la *possibilité* d'un remède spécifique du cancer, je *ne croyais* cependant pas à l'efficacité de celui de M. Vriès.

» 4° Comme M. Déclat insistait, comme la presse extra-scientifique, comme certains salons de Paris se sont emparés du médecin *noir*, j'ai dit à mon jeune confrère :

» La question est facile à juger. — Je réunirai à l'hôpital un certain nombre de *cancers véritables et dûment constatés*.

» M. Vriès les traitera sous mes yeux, et s'il les guérit, je serai le premier à le proclamer, car nul ne désire plus vivement que moi la découverte d'un antidote du cancer ; mais *s'il échoue, comme tout me porte à le croire*, il faudra bien aussi renoncer à vos illusions, et avertir le public que vous vous étiez trompé.

» Ma proposition a été acceptée.

» 5° Les expériences sont commencées depuis jeudi. M. Vriès demande *plusieurs mois* (1). Elles seront faites avec rigueur et impartialité ; mais il me paraît *loyal* et convenable de n'en rien dire avant de les avoir suivies jusqu'au bout.

» Maintenant, j'en demande pardon à M. Déclat, mais c'est par moi et non par lui que le résultat de ces expériences devra être publié. C'est le rôle de juge, et non celui de compère, que j'ai accepté, et que je tiens à conserver ici.

» Si M. Déclat et M. Vriès sont de bonne foi, comme j'aime à le croire, ils n'ont rien à craindre ; justice leur sera rendue. Je ne trahirai pas plus leur intérêt que celui de mes confrères, que celui des malades, de la science et de l'humanité.

» Veuillez agréer, etc. » VELPEAU.

» 1er février 1859. »

Ainsi, même alors, je ne croyais pas à la valeur du remède :

1° On ne citait qu'un fait un peu sérieux, et un fait ne suffit point en pareille matière ; la science en possède de semblables sans qu'il ait été possible d'en tirer parti dans la pratique ; d'ailleurs, en l'admettant comme positif, ce fait s'explique naturellement en dehors de toute médication spéciale.

2° Il n'est pas vraisemblable qu'une lésion aussi matérielle, aussi réfractaire que les cancers, se laisse éteindre par

(1) Et non pas six mois, comme il le prétend aujourd'hui.

une matière végétale donnée à l'intérieur, et qui ne produit aucun effet appréciable.

3° Le prétendu remède trouvé chez les sauvages était une plante qu'on appliquait en topique à nu sur le mal, tandis qu'ici il s'agit de pilules d'une tout autre nature avalées par les malades.

4° Un antidote du cancer, maladie essentiellement spéciale, ne peut pas l'être en même temps de la phthisie, de l'éléphantiasis, etc.

5° Enfin ce que j'entendais et ce que je voyais était trop contraire à l'ordre de la logique des choses.

J'ai consenti à essayer, cependant :

1° Ne pas croire, n'implique pas la négation absolue du fait; puis je serais personnellement si heureux d'une semblable découverte qu'à ceux qui m'en parlent je suis toujours disposé à répondre : voyons!

2° Ne pouvant pas, ne voulant pas surtout discuter la guérison d'un malade, qui lit ou peut lire ce que l'on dit de lui et qu'il serait cruel de désabuser en cas qu'il y eût erreur, je n'étais pas fâché de constater ce qu'il pouvait y avoir de vrai ou simplement d'apparent au fond de tout ce bruit.

3° Enfin, ne sachant point affirmer ou nier ce que je ne sais pas, j'avais besoin de voir par moi-même, et de bien voir en dehors de toute supercherie possible pour répondre en pleine connaissance de cause aux questions qui m'étaient incessamment faites.

Aujourd'hui ma conviction est absolue :

1° Le sieur Vriès n'a guéri aucun des cancéreux qu'on lui a confiés, soit à Londres, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit à l'hôpital de la Charité, soit en ville, et son traitement n'a jamais entravé en quoi que ce soit la marche de la maladie.

2° La composition du remède, qui devrait toujours être la même s'il s'agissait d'un spécifique, varie au contraire souvent entre les mains de l'inventeur. Aux Indes, c'était une plante appliquée en cataplasme sur les tumeurs; en Angleterre, c'était de l'aloès ou de l'iode; à Paris, c'est une poudre végétale inerte, avec du nitre ou de l'alun pour les pilules, et

de l'arrow-root et du sucre ou du camphre pour les poudres, etc.

3° Le sieur Vriès n'a aucune idée de ce que c'est qu'un cancer, ni de l'examen des malades.

4° Ce monsieur ne semble avoir fait aucune étude médicale, à tel point que pour lui les malades vont mieux quand ils le lui disent, et que si l'on conteste la réalité de ce qu'il avance, en pareil cas, il appelle volontiers un homme du monde pour décider le fait. A tel point encore que je l'ai vu dire avec un aplomb, un sang-froid indéfinissable, en présence d'un moribond, d'un cancer à la dernière période : « Ce » malade aller mieux, en voie de guérison ; vous adopter ma » méthode dans six mois, » et appeler aveugles ceux qui lui font alors la moindre observation.

5° Rien de ce qu'il a dit n'est arrivé.

6° Si on lui fait remarquer que les malades qu'il avait promis de guérir sont morts, il se borne à répondre qu'il n'est pas le bon Dieu, qu'on ne peut pas empêcher la mort.

7° Il n'y a que contradiction dans ce qu'il avance.

Pour prouver qu'il a guéri des cancers en ville, son panégyriste (*La vérité sur le docteur noir*) cite M. Sax, dont, par un sentiment facile à comprendre, je ne veux pas parler ; un M. Lévy, mort depuis ; un cas d'hydropisie ; une malade atteinte d'ulcères aux jambes ; et un cas de rhumatisme !

D'un côté, il croit que toute amélioration, avec son traitement, est précédée d'une crise, et il annonce, d'un autre côté, dans un journal politique, que tous les malades de la Charité vont mieux, que quelques-uns sont en voie de guérison quoiqu'il n'y ait eu de crise chez aucun d'eux, etc., etc.

8° Depuis dix ans qu'il a quitté l'Inde (à son dire), il aurait eu le temps de consommer une cargaison entière de végétaux exotiques, et on ne lui en connaît de dépôt nulle part.

9° Les plantes médicinales se dénaturent presque toutes à la longue, et ne conservent guère ainsi leur propriété indéfiniment.

10° Plusieurs pharmaciens de Paris qui ont préparé ses médicaments n'ont eu recours à aucune substance dite tropicale.

Voilà, messieurs, les divers motifs qui m'ont fait agir comme vous venez de voir, et sur lesquels je me fonde pour affirmer que le sieur Vriès n'a point trouvé le spécifique du cancer, n'a jamais guéri de cancer véritable, et n'en guérira jamais avec le traitement qu'il emploie.

Telle est la stricte, la triste vérité, la vérité malheureuse s'il en fut, car l'existence d'un pareil antidote serait le bienfait le plus désirable du monde, et, de quelque couleur qu'il soit, celui qui en doterait la médecine aurait droit à la reconnaissance de l'humanité tout entière.

Mon devoir est rempli ; le public va être averti ; s'il continue d'être dupe et de se faire exploiter, c'est qu'il le voudra bien ; nous n'avons pas à nous en occuper.

C'est l'affaire de ceux qui ont mission de veiller à l'application des lois et au respect de la morale comme de la probité générale.

Ceux qui voudront en savoir davantage sur le côté bizarre et bouffon du personnage, n'ont qu'à jeter les yeux sur la brochure de M. Fauvel (*La vraie vérité sur le docteur noir*).

— A la suite de cette communication, et sur la proposition de M. Michel Lévy appuyée par plusieurs membres de l'Académie, l'assemblée décide à l'unanimité que le rapport de M. Velpeau sera, par les soins du Bureau, adressé à MM. les ministres de l'instruction publique, de la justice, de l'agriculture et du commerce.

— Après ce vote, M. Velpeau, reprenant la parole : Il est encore, dit-il, une question que je crois convenable de soumettre à l'Académie. Je vous ai dit, messieurs, que j'avais consenti à laisser le sieur Vriès continuer ses expériences pendant plusieurs mois. L'Académie pense-t-elle que je doive tenir cet engagement jusqu'au bout, afin d'ôter à ce monsieur tout prétexte d'invoquer notre mauvais vouloir? ou bien, après la déclaration qu'il m'a faite de ne pas renoncer à ses convictions, même si son remède échoue au bout du temps convenu, faut-il me considérer comme dégagé vis-à-vis de lui, et lui interdire l'entrée de l'hôpital?

— M. Davenne, directeur général de l'assistance publique : Messieurs, tant que M. Velpeau a consenti à couvrir de sa haute autorité les expériences de M. Vriès, je n'ai vu aucun inconvénient à laisser cet empirique pénétrer dans nos salles d'hôpital. Mais, après la déclaration que nous venons d'entendre, et maintenant que la main de M. Velpeau s'est retirée de M. Vriès, je ne crois pas devoir supporter plus longtemps de semblables essais sur les malades qui nous sont confiés Ce serait manquer à notre mission, forfaire à nos devoirs les plus sacrés ; ce serait se montrer complice d'une honteuse mystification publique.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Projet de loi concernant la réorganisation de la médecine ; Rapport fait à l'Académie royale de médecine par M. le docteur Double. Paris, 1833, 1 vol. in-4. Hommage de MM. J.-B. Baillière et Fils, libraires de l'Académie.

Mémoire sur le sang considéré quand il est fluide, pendant qu'il se coagule et lorsqu'il est coagulé, par M. le docteur Denis (de Commercy). Paris, 1859, 1 vol. in-8.

De l'enseignement clinique dans les hôpitaux, par M. le docteur Delasiauve.

Des pseudo-monomanies, ou folies partielles diffuses, et de leur importance thérapeutique et légale, par le même auteur.

Mélanges d'anthropologie pathologique et de médecine mentale, par M. le docteur B.-A. Morel.

De la pseudo-syphilis chez les prostituées, envisagée au point de vue de l'hygiène publique, par M. le docteur J.-B. Venot.

Déterminer l'action réelle ou positive de la chaleur, du froid et de l'humidité sur l'organisme, en tenant compte de la résistance vitale, par M. le docteur Évariste Bertulus,

Studii e ragionamenti sulla malattia scrofolosa, par M. le docteur Gabriel Minervini, de Naples.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1857-1858.

Bulletino delle science mediche, publié par la Société médico-chirurgicale de Bologne. Février.

Journal de médecine de Bordeaux. Mars.

Recueil de médecine vétérinaire. Mars.

Le Progrès, 25 mars.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 12.
La Clinique européenne, n. 13.
Gazette médicale d'Orient, n. 12.
L'Abeille médicale, n. 13.
Gazette médicale de Strasbourg, n. 8.
Gazette médicale de Paris, n. 13.
La France médicale, n. 13.
L'Union médicale, n. 35 à 37.
Gazette des hôpitaux, n. 35 à 37.
Le Moniteur des hôpitaux, n. 35 à 37.
Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences t. XLVII, n. 15.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur PRÉVOST fils, sur une épidémie de variole et de varioloïde qui a régné dans la commune de Boeschèpe (Nord). — Un rapport de M. le docteur BRIGANDAT sur une épidémie de rougeole et de scarlatine qui a régné à Seclin (Nord). — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Loire-Inférieure, de la Dordogne, du Var, de la Loire et de Tarn-et-Garonne, pendant l'année 1858. (*Commission des épidémies.*)

II. Des échantillons de bas élastiques, ceintures hypogastriques, etc., présentés par MM. VIÉ fils et FERTÉ, fabricants. (*Commissaires :* MM. Poiseuille, Huguier et Robert.)

III. La recette d'un nouveau système d'anesthésie partielle, préconisée par le sieur GRONDONI. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. De nouveaux échantillons de barégine extraite des eaux minérales d'Amélie-les-Bains. (*Commission des eaux minérales.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. PIROUX offre en hommage à l'Académie plusieurs brochures sur l'éducation des sourds-muets.

II. M. le docteur CAZENAVE (de Bordeaux), adresse à l'Académie : 1° Un pli cacheté pour être déposé dans ses Archives ; 2° une note intitulée : *Excision d'un allongement hypertrophique du col utérin.* (Cette note est renvoyée à M. Laugier.)

III. M. le docteur CORBETT prie l'Académie de recevoir un pli cacheté en dépôt dans ses Archives. (*Accepté.*)

IV. M. le docteur AUBRUN signale à l'Académie les bons effets qu'il a obtenus par l'application du perchlorure de fer à haute dose, comme traitement interne des affections diphthéritiques. (*Commissaires:* MM. Grisolle et Trousseau.)

V. M. CH. MARTINS adresse ses remercîments à l'Académie pour sa nomination au titre de correspondant.

VI. M. ROUAULT soumet au jugement de l'Académie un pessaire, un appareil herniaire et une béquille de son invention. (*Commissaires:* MM. Laugier et Malgaigne.)

VII. Observations sur un cas de prolapsus complet de l'utérus, avec hypertrophie légère de la portion sous-vaginale du col, guéri par l'épisiorrhaphie et les cautérisations combinées, par M. le docteur DEVILLIERS. (*Commissaires:* MM. Danyau et Laugier.)

VIII. M. le docteur RUYER, de Senones (Vosges), prie l'Académie de vouloir bien comprendre son nom sur la liste des candidats correspondants. (*Renvoi à la commission.*)

IX. M. LEROY (d'Étiolles) adresse à l'Académie la lettre suivante, *sur l'extraction des corps étrangers de la vessie :*

« Monsieur le président, j'ai eu à plusieurs reprises l'honneur de présenter à l'Académie un certain nombre de corps, de nature et de forme diverses, que j'ai extraits de vessies d'hommes et de femmes, au moyen d'instruments que j'ai imaginés dans le but de faire cette extraction par les voies naturelles sans incision.

» Je viens mettre sous ses yeux un nouvel exemple remarquable : c'est un étui en bois de rose qui a 12 millimètres de diamètre et 8 centimètres de long. Bien qu'il n'eût séjourné

que sept jours dans la vessie, il était déjà recouvert d'une incrustation lithique, circonstance fâcheuse et favorable tout à la fois; fâcheuse en ce que cette incrustation augmentait le volume de l'étui et rendait sa surface rugueuse; favorable en ce qu'elle avait soudé pour ainsi dire les deux portions de l'étui qui était rempli d'aiguilles.

» Cet étui, une double erreur l'avait fait tomber dans la vessie d'une fille de dix-neuf ans, qui avait conservé sa virginité; ses douleurs étaient vives, les besoins d'uriner incessants : la jeune maladroite alla consulter M. le docteur Saillart de Raveton, qui me l'adressa, et je procédai à l'extraction en présence de M. le docteur Boutin (de Beauregard).

» L'étui était placé presque en travers, obliquement incliné de droite à gauche; pour le faire sortir, il fallait le faire tourner sur lui-même et amener l'une de ses extrémités au droit de l'orifice de l'urèthre. Pour y parvenir, je me suis servi de la pince que j'ai imaginée dans ce but, et que j'ai l'honneur de replacer sous les yeux de l'Académie. Elle est formée de deux branches articulées comme les pinces de trousses, dont elle diffère par son volume, par le creusement en gouttière de ses branches, par un petit rateau obéissant à l'impulsion d'une tige qui glisse dans une rainure, par la disposition des bords des gouttières qui, écartées d'un côté, celui où est le râteau, se touchent par leurs extrémités. Du côté opposé, voici comment agit cet instrument : supposons le corps saisi défavorablement, c'est-à-dire en travers, le râteau le pousse dans cette position et à l'extrémité des branches jusqu'à ce qu'il rencontre le renflement qui existe d'un côté; là il s'arrête de ce côté seulement, et comme sur l'autre bord il existe un écartement entre les gouttières; il obéit de ce côté à l'impulsion du râteau, il tourne sur lui-même, se place directement dans la gouttière et sort avec la pince.

» Bientôt je prierai l'Académie de me permettre de lui présenter un travail sur l'extraction des corps étrangers de la vessie.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

—

Sur la proposition de M. Michel Lévy, l'Académie décide à l'unanimité que son bureau adressera en son nom une lettre à M. Bégin, afin de lui donner un témoignage de sa vive sympathie et du désir qu'elle a de voir une amélioration dans sa santé, dont le mauvais état le tient éloigné de Paris depuis plusieurs mois.

—

PRIX.

Prix Barbier. — N° 4. « Traité de la médication complète du choléra asiatique, etc., » par M. Bourgogne père, de Condé (Nord).

—

LECTURES.

Des ulcérations de la trachée-artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie, par M. le docteur Henri Roger.

« Ce travail, dit M. Roger, repose sur 21 observations, 2 que j'ai recueillies en 1852, à l'hospice des Enfants-Trouvés, 6 empruntées à différents auteurs, notamment à M. Barthez, et 13 qui m'appartiennent et que, postérieurement à une communication de cet honorable confrère, il m'a été possible de réunir dans le premier trimestre de 1859, grâce à l'obligeance de mes excellents collègues de l'hôpital des Enfants, MM. Blache, Bouvier et Gillette. »

Le Mémoire de M. Roger se termine par le résumé général et les conclusions qui suivent :

« Parmi les accidents consécutifs à la trachéotomie pratiquée pour le croup, il en est un, signalé déjà, mais qui n'a pas été étudié : *l'ulcération de la trachée-artère par la canule.*

» L'ulcère trachéal est une lésion assez fréquente, surtout dans certaines épidémies de croup, puisque nous avons pu, à l'hôpital des Enfants, en recueillir 13 observations en moins de trois mois, sur un nombre de 63 jeunes sujets trachéotomisés dans ce premier trimestre de 1859.

» Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, il faut distinguer : 1° l'érosion de la membrane muqueuse ; 2° l'ulcération ; 3° la perforation complète de la trachée-artère.

» L'ulcération trachéale siége presque toujours à la *paroi antérieure* du conduit aérifère, au niveau du bord inférieur de la portion verticale de la canule, et elle est produite par le frottement qu'exerce ce bord un peu recourbé et tranchant qui peut basculer et porter contre la paroi antérieure de la trachée, dans les mouvements de la respiration et de la déglutition.

» 2 fois sur 21 l'ulcère siégeait exclusivement à la *paroi postérieure*, et 4 fois il occupait simultanément les parois antérieure et postérieure de la trachée-artère. — Presque toujours il n'y a qu'une seule ulcération ; dans des cas où l'influence épidémique a fortement agi, il peut y en avoir plusieurs.

» Le plus souvent l'ulcère est de forme ovalaire, borné juste au champ du frottement exercé par la canule ; plus ou moins étendu chez quelques sujets, on l'a vu occuper presque toute la circonférence de la trachée-artère.

» La forme la plus rare de l'altération pathologique est l'érosion (2 fois sur 21) ; la plus commune est l'ulcération proprement dite (15 fois) ; la perforation complète du conduit aérifère est encore assez fréquente (4 fois sur 21).

» Les altérations anatomiques coïncidentes sont, par ordre de fréquence : l'ulcération ou la diphthérite de la plaie du cou, la bronchio-pneumonie double, la trachéite et la bronchite, la suppuration du tissu cellulaire ambiant et les ulcérations spontanées multiples du conduit aérien.

» Le premier *symptôme* qui peut faire supposer l'existence d'une ulcération trachéale est le mauvais état de la plaie extérieure, les fausses membranes, les ulcérations et la gangrène qui s'y développent.

» Une coloration noire de la canule, surtout à sa partie inférieure, la fétidité de l'haleine et des crachats rendus à travers l'instrument, parfois une expectoration sanguinolente, et, chez quelques enfants, de la douleur au-devant du

cou avec dysphagie, tel est l'ensemble des symptômes qui permet d'établir le *diagnostic* de l'ulcère trachéal.

» Les ulcérations de la trachée-artère proviennent de plusieurs *causes :* la principale est l'action vulnérante de la canule, la pression, les frottements qu'elle exerce en certains points du conduit aérifère ; c'est un véritable traumatisme dont la puissance est démontrée par les expériences de tubage du larynx que MM. Trousseau et Bouley ont pratiquées sur des animaux. Dans ces expériences, les altérations plus ou moins profondes, déterminées sur la membrane muqueuse du larynx à l'état sain par le contact plus ou moins prolongé d'un tube métallique, sont tout à fait analogues à celles que nous avons observées chez les enfants trachéotomisés. Chez nos malades comme chez les animaux, il y a eu, par le fait d'une action mécanique semblable, une lésion matérielle identique. Ces mêmes expériences font également comprendre la rapidité parfois très grande avec laquelle se développent les ulcères trachéaux à la suite de la bronchotomie (en quarante, trente-huit et même trente-six heures, et dans ce dernier cas il y avait perforation complète de la trachée).

» Les *causes accessoires* sont l'état congestionnel, phlegmasique même de la membrane muqueuse des voies respiratoires, les ulcérations de la trachée étant aussi fréquentes à la suite de la trachéotomie pratiquée pour le croup qu'elles sont rares consécutivement à cette opération, dans les affections chroniques du larynx ;

» Un mauvais état général, produit le plus souvent par l'intoxication diphthéritique ;

» La nature particulière de l'épidémie de diphthérite, qui nous a mis à même de voir, dans les trois premiers mois seulement de 1859, trois fois plus d'ulcérations trachéales qu'on n'en avait observé pendant l'année 1858 tout entière.

» L'âge peu avancé des malades, qui, peu dociles, font dans leurs mouvements irréfléchis que la canule frotte continuellement contre la membrane muqueuse de la trachée-artère.

» Le *pronostic* des ulcérations trachéales présente une certaine gravité ; s'il est probable que dans un petit nombre de

cas les ulcérations de la trachée-artère se cicatrisent, il est certain qu'elles aggravent le plus souvent la position de l'opéré par la fièvre qu'elles entretiennent, la suppuration qu'elles excitent et les accidents de voisinage qu'elles déterminent. Le pronostic varie, d'ailleurs, suivant qu'il existe une érosion, une ulcération ou une perforation du conduit aérien ; mais la gravité n'en est jamais telle que, dans un cas de croup, le médecin, trop préoccupé d'une ulcération possible de la trachée-artère, hésite à pratiquer la trachéotomie en présence d'une mort imminente et quand cette opération est la suprême ressource. De plus, la gravité de ces ulcères, qui n'entraînent pas la mort par eux-mêmes, est bien moindre que celle de l'ulcération et de la gangrène de la plaie presque toujours concomitante, et surtout que celle de la diphthérite secondaire des autres parties des voies aériennes.

» Le *traitement*, essentiellement préventif, devra consister à éviter, par l'emploi d'une canule peu volumineuse et légèrement oblique en arrière, la compression de la membrane muqueuse trachéale, et à s'opposer, par l'adoption d'une canule mobile dont le corps se meut comme la trachée-artère elle-même, aux frottements exercés contre la paroi interne du conduit. La *canule mobile* de M. Luër est celle qui nous a paru jusqu'ici remplir le mieux cette indication. Des quatre malades chez lesquels on l'a employée à l'hôpital des Enfants, une a guéri et deux autres sont en voie de guérison. »

Ici M. Roger, qui avait déjà mis sous les yeux de l'Académie quatre larynx où se voient des lésions diverses, depuis l'érosion jusqu'à la perforation, montre la canule de M. Luër, qui a la forme de la canule ordinaire, mais dont le corps s'articule très lâchement avec les ailes, et jouit par conséquent d'une très grande mobilité. Puis il continue en ces termes :

« En outre, et dès les premiers jours qui suivent la trachéotomie, on essayera d'enlever momentanément la canule, afin de soustraire, au moins pendant quelques instants, la trachée-artère à cette cause de traumatisme, tout en se guidant, pour la durée du temps pendant lequel on laissera le conduit aéri-

fère sans instrument, sur la manière dont s'accomplit la respiration.

» Nous venons d'étudier et de décrire avec détails les ulcérations que détermine, dans la trachée-artère, le séjour de la canule métallique après la trachéotomie; nous avons le premier exposé les causes de cet accident consécutif à l'opération, indiqué par quel mécanisme et sous quelles influences il se produit, par quels symptômes il s'annonce, et quelles conséquences il peut entraîner; nous avons montré pareillement quel était le meilleur moyen de le prévenir; de sorte qu'à la fin de ce travail il nous est permis de dire qu'en signalant le mal, nous avons été assez heureux pour pouvoir indiquer en même temps le remède. »

—

DISCUSSION.

Sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus dans les affections improprement désignées sous les noms de descente, de précipitation de la matrice, et sur leur traitement par la resection ou l'amputation de la totalité du col utérin suivant la variété de la maladie.

M. Depaul : Messieurs, nous avions bien raison, plusieurs de mes collègues et moi, lorsqu'à la fin de la dernière séance, après avoir entendu un simple résumé du travail de M. Huguier, nous demandions qu'on en retardât la discussion jusque après publication complète.

J'ai consacré, depuis mardi dernier, plusieurs heures chaque jour à l'étude de ce volumineux mémoire, et j'ai le regret, malgré toute ma bonne volonté, de n'avoir pu l'examiner tout entier; je n'ai cependant reculé ni devant le temps, ni devant la fatigue. J'avais compris que je devais à l'Académie, que je devais surtout à notre collègue, dont personne plus que moi n'apprécie le zèle et le talent, de n'aborder une question qu'il étudie depuis si longtemps qu'après y avoir mûrement réfléchi. Aujourd'hui que je suis prêt, au moins sur la pre-

mière partie, je viens soumettre à l'Académie quelques observations qui seront en désaccord, j'ai le regret de le dire, avec plusieurs des propositions émises par M. Huguier; mais elles sont, de ma part, l'expression d'une conviction profonde, et je connais assez les habitudes scientifiques de mon collègue pour être certain qu'il ne se blessera ni de ma franchise, ni de la vivacité que je pourrai mettre à faire triompher ce que je crois être la vérité. Je suis d'ailleurs parfaitement rassuré par la phrase suivante, qui se trouve en tête de son travail : « Quand des opinions nouvelles sont émises dans la science, avec la prétention de remplacer celles qui règnent depuis des siècles, et qu'elles ont des conséquences pratiques sérieuses et importantes, c'est au grand jour qu'elles doivent se produire, c'est devant un jury compétent qu'elles doivent être présentées et soutenues; c'est pourquoi je viens soumettre à votre jugement, à votre expérience et à la discussion celles que renferme ce travail. »

Je viens le premier montrer à notre collègue que son appel a été entendu; mais, avant d'entrer en matière, il est nécessaire de poser clairement la question. Le mémoire qui nous a été communiqué se divise en deux parties bien distinctes. La première est relative à l'*allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col de l'utérus.*

La deuxième se rapporte à l'*allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, et à sa sortie au dehors de la vulve.* Il est donc bien entendu que je ne m'occuperai, avec l'auteur, que de l'hypertrophie longitudinale, et que, comme lui, je laisserai de côté les autres variétés d'hypertrophies partielles. Il les admet, sans doute, comme moi, et je les mentionne seulement parce que, dans des publications récentes, des auteurs très recommandables d'ailleurs nient très résolûment l'existence des inflammations chroniques et des hypertrophies partielles du corps de l'utérus. Je ne crains pas de dire que cette opinion est en contradiction avec la pratique et l'observation de tous les jours.

PREMIÈRE PARTIE. — *De l'allongement hypertrophique de la*

fraction sous-vaginale du col utérin. — Voici par quelle proposition M. Huguier débute sur cette première partie de la question. « On pensait jusque dans ces derniers temps, et beaucoup de praticiens distingués pensent encore aujourd'hui, que l'apparition du museau de tanche à la vulve, la sortie d'une plus ou moins grande portion de la matrice hors des organes génitaux externes, sont le résultat d'un abaissement en masse ou d'une véritable *précipitation de la matrice.* » Il y a dans cette assertion de M. Huguier une grande erreur que je ne puis laisser passer sans protestation. L'opinion qu'il prête aux médecins les plus distingués ne peut être que celle des médecins qui ne le sont pas du tout. En s'occupant de la partie historique de la question, il aurait dû voir que cet état pathologique avait été bien connu et bien décrit. Madame Boivin, qu'il cite, par exemple, avait indiqué non-seulement son existence, mais encore le moyen de ne pas le confondre avec le prolapsus utérin. Ainsi elle dit : « En même temps la main portée sur l'hypogastre de la manière indiquée, pourra reconnaître le vide que laisse dans l'excavation pelvienne l'abaissement de la matrice, et ce sera le plus sûr moyen de distinguer la descente de l'*élongation du col, qu'on a rencontrée quelquefois.* » (*Traité des maladies de l'utérus*, t. Ier, p. 89.)

A la page 91, en parlant des incommodités du prolapsus utérin, elle ajoute : « La matrice déplacée se gonfle, s'allonge parfois au point de doubler presque ses dimensions; *son col surtout s'accroît dans ce sens.* »

Voici ce qu'on lit aux pages 193 et 194 : « Le col de l'utérus s'allonge quelquefois considérablement (voyez, dit-elle, les figures 1 et 2 de la planche XI de mon Atlas, où elle en donne un magnifique exemple). Nous avons vu que tout l'organe s'effilait, en quelque sorte, dans certains cas de prolapsus; mais il ne faudrait pas prendre pour des prolapsus tous les cas où le col a acquis isolément une grande longueur. Tantôt c'est le col dans sa totalité qui s'allonge ainsi, et alors le cul-de-sac vaginal remonte.....; mais le vagin n'est pas raccourci, et le fond de la matrice peut être senti par l'hypogastre si le sujet a peu d'embonpoint; tantôt une des lèvres

seulement acquiert une longueur démesurée, et qui peut être portée au point de faire saillie hors la vulve. » Puis elle indique les cas de Lallement et de Leroux (de Dijon).

Elle cite Bichat, qui avait rencontré ce prolongement sur deux ou trois cadavres. Puis elle ajoute : « Quant à l'hypertrophie, si l'on met de côté tout ce qui a trait aux variétés individuelles de volume, dont nous avons dit quelque chose dans notre introduction, on peut assurer que toutes les autres augmentations tiennent à une des altérations de texture qui nous occuperont plus tard, ou à quelque phlegmasie chronique, sujet qui nous arrêtera aussi d'une manière spéciale. »

Ce que madame Boivin avait indiqué de cette hypertrophie de la portion intra-vaginale du col de la matrice, et ce que les auteurs en avaient dit avant elle, n'avait pas été perdu pour tout le monde. Un médecin de mérite, bien connu dans la science par des travaux importants, M. Herpin (de Genève), a publié dans la *Gazette médicale de Paris* (janvier 1856) un mémoire sur la question. Il est intitulé : *De l'allongement démesuré du col de l'utérus*. Il commence par la relation de deux cas recueillis dans sa clientèle, et que je demande la permission d'analyser succinctement.

Première observation. — Elle est relative à une femme de quarante-deux ans, mariée à trente-six, et qui accoucha pour la première fois heureusement un an après. Elle avait environ quarante ans lorsqu'elle devint enceinte pour la deuxième fois, et elle était grosse de trois mois lorsqu'elle fut examinée par M. Herpin.

Le col utérin apparaissait entre les grandes lèvres, sa forme était cylindrique. Il avait 6 centimètres de longueur en avant et 9 en arrière. Son orifice était triangulaire. Le corps de la matrice était peu descendu, et il n'y avait pas de *procidence utérine*.

Le col n'était pas douloureux. Il était plus apparent le soir après la fatigue de la journée que le matin.

Pour traitement on employa des astringents et le repos; au bout d'un mois, la longueur du col se trouva réduite à 4 centimètres.

L'accouchement se fit plus tard à terme et d'un façon heu-

reuse. Deux ans après, cette femme fut encore revue par M. Herpin. Deux mois après l'accouchement, le col avait de nouveau franchi la vulve, et ce phénomène se produisait surtout pendant la station verticale. Son extrémité se renflait quelquefois; le coït était parfois difficile ou impossible. La femme perdait en blanc.

Notre confrère trouva le col volumineux et sortant de la vulve; le corps de l'utérus n'était pas abaissé; la compression avec les doigts réduisait un peu le volume du col, et il était facile de le rentrer dans le vagin.

Le traitement consista dans l'emploi des astringents, d'une éponge fine soutenue par un bandage en T, et plus tard d'un pessaire de caoutchouc qui, au dire de la malade, aurait produit un soulagement réel.

Deuxième observation. — Madame C..., âgée de soixante et quinze ans, mariée, mais n'ayant jamais eu d'enfants, et veuve depuis l'âge de quarante ans, était sujette à une grande constipation. A cinquante ans, à la suite d'un violent effort, elle reconnut que quelque chose sortait hors la vulve.

Quelques mois après, cessation définitive des règles. La tumeur extérieure rentrait dans la position horizontale; il y avait peu d'écoulement blanc : elle souffrait quelquefois après la marche, mais madame C... portait habituellement un bandage en T et faisait alors plusieurs lieues à pied.

Quand M. Herpin procéda à l'examen de la malade, il constata au-dessous du méat urinaire une tumeur arrondie qui dépassait les grandes lèvres. Cette tumeur était formée par le col utérin, qui avait 6 centimètres de long et la grosseur du pouce. Le corps de l'utérus était très léger et dans sa situation normale. En exerçant des pressions sur cette tumeur, on diminuait sa longueur et on la faisait rentrer dans le vagin.

On prescrivit le repos au lit, on essaya du sulfate de zinc et autres astringents; on eut recours plusieurs fois à des compressions avec les doigts. Après des succès momentanés, la malade, qui n'était pas très incommodée, ne voulut plus rien faire et elle fut perdue de vue.

Notre confrère, d'ailleurs, ne s'est pas contenté d'une simple relation de ces deux faits tirés de sa pratique; il donne un historique très complet de la question; il rappelle trois faits contenus dans la riche collection de Morgagni. Il cite le cas décrit en 1776 par Leroux (de Dijon), et qui est relatif à une femme enceinte. Il rapporte le passage suivant consigné par le professeur Roux dans le cinquième volume de l'*Anatomie descriptive* de Bichat : « Le col est sujet, sans aucune altération de tissu, à un allongement plus ou moins considérable qu'il faut prendre garde de confondre pendant la vie avec une chute de matrice. Il n'y a pas longtemps que j'ai observé cette disposition sur une personne à laquelle un praticien célèbre, croyant à un commencement de descente de matrice, avait conseillé l'application d'un pessaire qui est alors complétement inutile. Je ne sais si quelque auteur indique cet état du col, mais c'est à Bichat que j'en ai entendu parler pour la première fois : il l'avait rencontré sur deux ou trois cadavres. »

Il mentionne aussi ce que Désormeaux, Dugès et Boivin et quelques autres ont écrit sur le même sujet, et de tout cela il tire des conclusions très judicieuses dont voici le résumé : Le col de l'utérus peut s'allonger au point de dépasser la vulve de quelques centimètres sans déplacement bien prononcé de la matrice; l'une des lèvres peut s'allonger beaucoup plus que l'autre. La femme est peu incommodée tant que le col ne dépasse pas la vulve; mais lorsque son extrémité fait saillie à l'extérieur, elle gonfle quelquefois énormément : elle peut s'excorier et devenir douloureuse.

Le col, dans cette sorte d'hypertrophie, reste lisse et n'a pas de sensibilité anormale. M. Herpin le compare dans certains cas, par la forme et la consistance, au pénis, et il a soin de mentionner que ce rapprochement avait déjà été fait par Morgagni.

Le simple repos de la nuit suffit pour faire rentrer la partie herniée. Une pression prolongée en diminue beaucoup les dimensions. Cette affection n'est pas l'apanage de la vieillesse.

Elle ne s'oppose pas toujours à la fécondation.

Enfin, M. Herpin termine en déclarant que cette infirmité ne paraît devoir entraîner aucune conséquence fâcheuse.

Il serait inutile, messieurs, d'insister plus longuement sur ce premier point de la question. Il me paraît bien établi que l'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus est parfaitement connue, et depuis longtemps. J'en appelle ici à tous ceux de nos collègues qui s'occupent de chirurgie; il n'en est pas un qui ne connaisse ces faits et qui n'ait eu occasion d'en voir dans sa pratique. Pour mon compte, j'en ai rencontré quelques-uns; mais je me hâte d'ajouter que les cas dans lesquels la portion vaginale hypertrophiée dépasse la vulve sont rares ; les autres, au contraire, sont assez communs.

En parlant des causes de cet allongement, M. Huguier n'a pas tenu suffisamment compte, ce me semble, des différences originelles que peut présenter le col de l'utérus chez les divers sujets. Il en est de cet organe comme de plusieurs autres, et du nez en particulier. Il serait difficile d'indiquer un type normal, chaque individu naissant avec une conformation en quelque sorte spéciale sous ce rapport, de telle façon que si chez certaines femmes la portion vaginale est originellement très longue, elle est, au contraire, très courte chez d'autres; elle peut même manquer complétement, ainsi que j'en ai rencontré au moins trois exemples, et dans ces cas le vagin se termine supérieurement par une sorte de voûte au centre de laquelle se trouve l'orifice de l'utérus.

Je ne dirai rien de la grossesse ; son influence sur l'allongement du col est évidente ; mais il me semble que M. Huguier n'a pas suffisamment insisté sur le rôle que jouent les maladies, et en particulier les inflammations chroniques ou souvent répétées; c'est presque toujours dans de pareils états qu'il faut chercher l'explication de l'hypertrophie de la portion vaginale du col. L'ouvrage de madame Boivin renferme plusieurs exemples qui confirment cette manière de voir, et elle me paraît vraie dans le plus grand nombre des circonstances.

Cet allongement hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus est d'un diagnostic trop facile pour que les chirurgiens aient mérité le reproche que leur adresse M. Huguier. D'après lui, cet état serait sans cesse confondu avec la descente de matrice; examinons donc sérieusement la question, et voyons si la chose est possible.

Je commence par constater que, de l'aveu même de notre collègue, ces deux états existent assez souvent simultanément.

Il s'en faut, d'ailleurs, que cette hypertrophie soit toujours limitée à la portion vaginale, et il n'est pas rare de trouver une augmentation de volume dans l'organe tout entier.

L'introduction du doigt dans le vagin suffit pour le plus grand nombre des cas; on peut facilement avec lui mesurer la longueur de la portion vaginale, constater que le vagin qui conserve son étendue normale n'a subi aucun renversement. M. Huguier semble préférer l'emploi du spéculum à la simple exploration digitale. Ici encore j'ai le regret de ne pas être de son avis, l'expérience m'ayant appris que quand on se sert de l'instrument, on peut être facilement induit en erreur sur la longueur réelle de la portion du col qui fait saillie dans le vagin. Avec le spéculum, en effet, les parois de ce canal sont facilement refoulées le long de la portion sus-vaginale, le cul-de-sac circulaire semble remonté, et le museau de tanche paraît plus long qu'il ne l'est réellement.

Veut-on, au contraire, connaître la longueur totale de la matrice? Alors il devient indispensable de combiner le toucher vaginal avec le palper abdominal, de l'associer même au toucher rectal; et de la combinaison de ces trois modes d'exploration résulte, quand on a une suffisante habitude, un diagnostic aussi précis que cela est nécessaire au point de vue de l'anatomie pathologique et des indications thérapeutiques. Je n'ai pas besoin de rappeler tout le parti qu'on peut tirer d'une sonde introduite dans la vessie en même temps que l'indicateur explore par le rectum.

Mais pour M. Huguier tout cela n'est pas suffisant. A l'entendre, on dirait que le diagnostic des affections utérines n'a

fait quelques progrès que depuis l'époque où l'on a eu l'idée de sonder et de mesurer la cavité de la matrice. Déjà, en 1854, j'ai eu l'occasion de m'expliquer à ce sujet devant l'Académie, et je déclare ici que depuis cette époque mes convictions premières n'ont pas été ébranlées, bien au contraire. Aujourd'hui comme alors je crois que l'hystérométrie est complétement inutile dans la plupart des cas qu'on rencontre dans la pratique. Je dis plus, elle peut faire commettre des erreurs qui seraient facilement évitées avec le mode d'exploration ordinaire; enfin, et cette considération domine toutes les autres, elle expose inutilement les femmes à de grands dangers, que les chirurgiens les plus exercés ne sont jamais sûrs de conjurer.

La première introduction de la sonde, surtout chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, est presque toujours douloureuse; elle provoque généralement un écoulement de sang plus ou moins abondant; elle a été plus d'une fois le point de départ d'accidents beaucoup plus graves, de métrites, de métro-péritonites, que rien n'a pu arrêter, et qui ont déjà fait plus d'une victime. A-t-on oublié, d'un autre côté, les résultats déplorables d'une pareille manœuvre quand on a imprudemment introduit la sonde dans un utérus gravide? Aux faits que j'ai déjà cités dans mon rapport sur les pessaires intra-utérins, j'en pourrai joindre plusieurs, dont quelques-uns se sont passés à Paris et dont quelques autres m'ont été transmis par des confrères de province.

De tout cela et de beaucoup d'autres détails que je pourrais donner, je pense toujours qu'on doit conclure qu'il faut bien se garder de faire du cathétérisme utérin une méthode générale, et que c'est au contraire un mode d'exploration qu'il faut sagement réserver pour les quelques cas rares où il peut être véritablement utile.

Les accidents produits par l'élongation de la portion vaginale du col n'ont aucune gravité par eux-mêmes, surtout dans les cas moyens, qui sont de beaucoup les plus communs. Quand il en existe, on se trompe souvent sur leur interprétation; on ne tient pas suffisamment compte des complications

nombreuses qui accompagnent en général l'augmentation de volume. Je veux parler des inflammations chroniques, des ulcérations, des métrites du corps, de la présence de corps fibreux ou de quelque autre élément anatomique hypertrophié (follicules par exemple). Il n'y a que les cas extrêmes (et on sait combien ils sont rares) qui peuvent produire des troubles sérieux dans la santé et excuser des opérations chirurgicales graves.

En général, il suffit de traiter ces complications pour soulager ou guérir les malades. Le repos, les émollients, les astringents, le nitrate d'argent, et surtout le fer rouge, dont l'action est si puissante, suffisent à presque tous les cas : il me serait facile de citer plusieurs exemples tirés de ma pratique, dans lesquels ces agents m'ont parfaitement réussi.

Ce ne serait qu'après avoir vu échouer tous ces moyens qu'à mon sens on pourrait songer à retrancher une portion du col. Encore faudrait-il que la femme fût dans un âge où les organes génitaux jouent encore un rôle important, que la tumeur sortie de la vulve ne pût être réduite et maintenue, et qu'elle donnât lieu à des accidents véritablement inquiétants.

Si, du travail de M. Huguier, je n'avais lu que le chapitre qu'il consacre aux indications thérapeutiques, j'aurais pu me dispenser de *toute observation* sur ce point, car les idées que je viens d'émettre, et qui sont celles de presque tous les chirurgiens de notre époque, s'y trouvent consignées. Malheureusement notre collègue, qui a été si sage et si réservé quand il a donné des préceptes, me paraît les avoir oubliés quand il en est venu à l'application, et c'est ce que je vais chercher à prouver par l'analyse des observations qu'il nous a communiquées.

Mais avant, qu'on me permette de dire un mot sur la gravité ou l'innocuité de l'amputation de la portion vaginale du col utérin. Je suis étonné, je l'avoue, des succès constants de M. Huguier. Mais s'il n'a pas eu jusqu'à présent à déplorer la mort d'une seule de ses malades, je ne crains pas de lui dire que s'il continue il ne sera pas toujours aussi heureux.

Les dangers de cette opération sont l'hémorrhagie, la métrite, la péritonite, etc. Personne plus que moi ne reconnaît l'habileté de notre collègue; mais je ne puis oublier les faits malheureux qui sont dans la science; j'ai été élève de Lisfranc, qui a, comme on sait, coupé souvent le col de l'utérus et j'ai vu des femmes succomber très rapidement aux suites de l'opération. Dans un ouvrage publié par un de ses élèves, M. Pauly, on trouvera les faits qu'il faut bien se résigner à mettre sur le compte de l'intervention chirurgicale. L'une des femmes mourut cinq heures après l'opération, la deuxième après vingt-deux heures, la troisième au bout de six jours et la quatrième après vingt-quatre heures. Il y a quelques années, M. Paul Dubois, auquel je servais d'aide, pratiqua en ville une amputation du col. La malade, qui se trouvait dans de bonnes conditions, succomba très rapidement à une péritonite des plus foudroyantes.

Plus récemment, M. Giraldès n'a pas été plus heureux pour une malade de l'hôpital de la Charité.

En ce qui me concerne, j'ai pratiqué une fois l'amputation complète de la portion vaginale du col, et la femme a rapidement succombé à une métro-péritonite.

Dans un second cas, j'ai enlevé avec l'écraseur de M. Chassaignac la lèvre postérieure dans laquelle s'était développée une tumeur non cancéreuse, et je dois dire que j'ai eu le bonheur de voir la malade se rétablir sans qu'elle éprouvât le moindre accident.

Quoique très heureux dans leur résultat final, on va voir que les faits de M. Huguier ne sont pas aussi encourageants qu'il paraît le croire.

Dans le premier cas cité, il n'y a pas eu d'opération, mais ce n'est pas par la volonté de M. Huguier; c'est la malade qui n'a pas voulu y consentir.

La longueur du col est évaluée à 7 centimètres, et il est dit que le corps n'est pas augmenté de volume; on ajoute cependant dans l'observation, qu'à part le temps des règles, la tumeur ne se montrait à la vulve que si la malade poussait et faisait des efforts. Il me paraît bien difficile de concilier

ces faits avec ce que nous savons de la longueur du bassin en avant, et à moins d'admettre que l'utérus fût complétement renversé en arrière, on peut se demander si l'examen qui eut lieu avec le spéculum n'a pas fait commettre, relativement à la longueur du col, l'erreur que j'ai signalée plus haut.

Dans le deuxième cas, au contraire, qui n'a pas été opéré non plus, le col avait la forme d'un œuf aplati ; sa longueur était de 4 centimètres. On indique que tout était normal dans le reste de l'utérus, et cependant la tumeur était saillante à la vulve. Cela me paraît difficile à comprendre sans admettre qu'il y avait en même temps un certain degré d'abaissement de tout l'organe.

Dans le troisième cas, on trouve un exemple de corps fibreux développé dans la lèvre antérieure, et cela ne peut pas être donné pour un exemple d'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col, bien que l'on dise qu'elle avait 7 centimètres et demi de long. Quoi qu'il en soit, on en retrancha 4 centimètres et la malade se rétablit sans éprouver d'accidents.

Dans le quatrième cas, une femme de trente-sept ans s'était aperçue depuis deux ans qu'une tumeur apparaissait à la vulve. Comme elle avait aussi une hernie, il me paraît assez difficile d'affirmer si les accidents graves dont parle l'observation doivent être mis sur le compte de la première ou de la deuxième affection.

Le col, qui a 6 centimètres et demi de long, ne dépasse pas la vulve. La lèvre antérieure est plus longue que la postérieure. On pratique l'amputation : malgré une hémorrhagie qui exige le tamponnement, la malade guérit.

Cinquième observation. — C'est une femme de quarante-trois ans, qui avait eu deux enfants. La lèvre antérieure du col avait 7 centimètres et demi, la postérieure 2 et demi seulement. Pour que la tumeur se montrât à la vulve, il fallait que la malade se livrât à des efforts. La réduction en était d'ailleurs très facile. Le col est amputé, et on emporte en avant un repli du vagin.

Deux heures après, hémorrhagie qui exige le tamponnement.

La malade était guérie vingt jours après.

La malade qui fait l'objet de l'observation n° 6 était âgée de vingt-huit ans et était accouchée depuis neuf mois seulement. Elle avait fait l'imprudence de se lever trois jours après et avait éprouvé la sensation d'un corps qui tendait à sortir à la vulve, mais qui rentrait dans la position horizontale.

Du reste, il n'y avait pas de douleurs et les règles n'avaient reparu que quatre mois après.

Quand M. Huguier l'examina, elle accusait quelques pesanteurs, des douleurs légères et des pertes blanches.

Les deux lèvres du col furent trouvées hypertrophiées, mais inégalement. L'antérieure avait 5 centimètres et présentait des granulations; la postérieure n'avait que 3 centimètres. L'hystéromètre indiquait que l'utérus était à l'état normal.

Il est dit dans l'observation que, *pour arrêter les progrès ultérieurs du mal*, le chirurgien décide qu'il amputera le col. L'amputation est en effet pratiquée neuf jours après l'entrée de la malade. Il s'écoula un verre de sang; il y eut peu de douleurs, et la guérison aurait été complète onze jours après.

Nest-il pas évident qu'encore ici on s'est beaucoup trop pressé d'agir, que les incommodités éprouvées étaient peu graves, et qu'on a eu recours à l'opération avant d'avoir essayé des moyens plus doux et moins dangereux? Quant à la cicatrisation, qui aurait été complète le onzième jour, il me paraît difficile de ne pas admettre qu'il y a eu quelque erreur sous ce rapport. Les plaies de cette nature ne se cicatrisent pas avec une pareille promptitude.

L'observation n° 7 a été communiquée par M. Follin. Femme de vingt-trois ans, petite, réglée à treize ans, et qui dix-huit mois après avait vu apparaître à la vulve une petite tumeur à la suite d'accès de toux. Mariée à vingt et un ans, les rapprochements sexuels étaient difficiles, ce qui n'avait pas empêché la malade d'en abuser, circonstance à laquelle on attribue une perte qui avait eu lieu.

Le vagin était très court. L'hystéromètre donnait 13 centimètres à la cavité utérine. On dit que le col était très long,

mais on ne donne pas sa mesure. Les incommodités éprouvées étaient peu graves, et consistaient en quelques douleurs dans les aines, marche difficile, etc.

On essaya d'abord du traitement de M. Desgranges, et cinq pinces furent appliquées sans succès. M. Huguier fut consulté. Il constata les faits précédemment indiqués, et de plus un peu d'abaissement de l'utérus. Il conseilla l'amputation du col; M. Follin en reséqua 3 centimètres. Il n'y eut pas d'accidents sérieux, et la guérison fut obtenue au bout de vingt-deux jours. La malade n'a pas été revue depuis.

L'observation n° 8 appartient à M. Paul Broca. Sur une femme de vingt-cinq ans, on trouva 6 centimètres à la portion sous-vaginale du col. L'utérus était en même temps un peu abaissé. Le coït était rendu difficile, et c'est le mari qui paraît avoir exigé que sa femme se soumît à l'opération. La presque totalité du col fut reséquée. Quelques heures après survint une hémorrhagie, qui fut arrêtée avec du perchlorure de fer. Elle n'éprouva pas d'autre accident; mais elle fut renvoyée de l'hôpital avant sa guérison pour cause d'insubordination. Depuis on n'a eu sur son compte que des renseignements incomplets.

Dans l'observation n° 9, il est question d'une femme de quarante-trois ans qui, quelques mois avant l'examen de M. Huguier, avait eu une métrite et une rétroversion; elle avait des pertes blanches, des douleurs lombaires, etc. On lui avait fait porter un pessaire. Notre collègue l'examina, et constata l'existence de plusieurs tumeurs folliculaires sur le col. L'hystéromètre donnait 10 centimètres à la cavité utérine. L'utérus était abaissé et le périnée déchiré. Le 9 août, un examen fait au spéculum provoqua une perte. Le 29 du même mois, on ampute la portion vaginale (3 centimètres et demi).

Dans la journée, il y eut une perte assez considérable et quelques douleurs de ventre.

Le 14 septembre, on cautérisa la vulve, et la malade sortit guérie le 9 novembre.

Enfin la 10e et dernière observation est celle qu'on doit à

M. Marchal (de Calvi). La malade, âgée de quarante ans, était surtout atteinte d'antéversion. Il ne me paraît pas d'ailleurs démontré que les accidents singuliers qu'elle éprouvait puissent être rapportés à une hypertrophie de la portion vaginale du col.

Déjà antérieurement des tentatives de redressement avec le pessaire intra-utérin avaient occasionné les accidents les plus graves.

On lui proposa l'amputation du col, et elle fut pratiquée par M. Marchal; une heure après, une hémorrhagie considérable se déclare, et quand notre savant confrère, qu'on était allé chercher en toute hâte, arrive, il trouve la malade sur le point de succomber; elle était pâle et refroidie. Le pouls filiforme se sentait à peine, et elle avait des syncopes.

Des moyens convenables furent employés, et cette pauvre dame eut le bonheur de se rétablir sans éprouver aucun autre accident grave. Elle put se lever au bout de vingt jours. Elle a été revue quatre ans après, et elle continue à se bien porter.

Deuxième partie. — De l'allongement hypertrophique de la *portion sus-vaginale* du col. — La question dont il me reste à parler est parfaitement distincte de celle dont je viens de m'occuper, et M. Huguier lui accorde, à juste titre, une beaucoup plus grande importance; comme il lui a consacré la plus grande partie de son volumineux mémoire, l'Académie comprendra, j'espère, plus tard, qu'il était nécessaire que je le suivisse dans les nombreux détails dans lesquels il est entré.

Si je voulais résumer d'une manière générale les idées principales qui dominent dans cette partie du travail, je pourrais dire que notre collègue s'est surtout efforcé de démontrer :

1° Que l'allongement hypertrophique de la *portion sus-vaginale du col* a été généralement méconnu, et qu'il l'est encore tous les jours par la plupart des chirurgiens, qui le confondent sous les noms de *prolapsus*, de *précipitation* ou de *chute complète de l'utérus*.

2° Que le diagnostic de cette affection est dû à l'emploi de la sonde utérine.

3° Que les divers modes de traitement qui sont dans la science sont insuffisants pour la guérir, et qu'il n'y a que l'opération qu'il propose qui puisse conduire à ce résultat.

J'espère, au contraire, qu'il me sera facile de prouver :

1° Que le prolapsus utérin est beaucoup plus fréquent que ne le pense M. Huguier, et qu'il y a même des exemples incontestables de *chute complète*.

2° Que l'hypertrophie *limitée* à la portion sus-vaginale *seule* du col, n'existe pas, et qu'on ne la rencontre que dans les cas d'hypertrophie d'une portion plus ou moins considérable du reste de l'utérus.

3° Que la sonde utérine n'est nullement indispensable pour établir le diagnostic de l'abaissement ou de l'hypertrophie.

4° Que l'opération proposée n'est rien moins que nouvelle comme procédé opératoire ; qu'elle est extrêmement difficile et dangereuse, et que loin d'être adoptée comme méthode générale elle doit être réservée pour des cas infiniment rares.

Il me semble que M. Huguier s'est fait une bien fausse idée du sens qu'il faut attacher aux mots *prolapsus*, *précipitation* ou *chute complète de la matrice*, et je ne vois pas vraiment pourquoi il se borne à emprunter à Manget, à Astruc, à Mauriceau, à Sabatier, etc., une classification qui se ressent par trop de l'époque où elle a été donnée, et qui d'ailleurs, depuis longtemps, n'a plus cours dans la science.

La voici, en effet, telle qu'il l'accepte, en s'abritant à tort derrière l'opinion de presque tous les chirurgiens.

« *Premier degré*. — *Abaissement* ou relaxation quand la matrice, dans son ensemble, est seulement abaissée dans le tiers supérieur du vagin, qu'elle raccourcit en se rapprochant de la partie inférieure de l'excavation pelvienne.

» *Deuxième degré*. — *Descente*, *semi-prolapsus* lorsque l'organe, descendu au fond de l'excavation pelvienne, remplit le vagin, dont la moitié supérieure est renversée. Le sommet du col vient saillir à la vulve ou repose encore sur la surface interne du périnée.

» *Troisième degré.* — Enfin *prolapsus*, *précipitation* ou *chute complète* lorsque la matrice est totalement hors du bassin, a franchi la vulve et pend entre les cuisses; lorsqu'elle a entraîné et renversé entièrement ou presque entièrement le vagin qui la recouvre et la renferme, avec ses annexes, la vessie et une partie du rectum. »

Mais si l'on consulte les auteurs qui font véritablement autorité en cette matière, on trouve des classifications beaucoup plus méthodiques et beaucoup plus nettes.

Ainsi Levret, par exemple (*Observations sur les polypes de la matrice*, 3e édition, p. 108), admet deux espèces principales de descente de matrice : il la dit *incomplète* si cet organe est encore logé dans le vagin, *complète* lorsqu'elle en sort en totalité ou en partie. Ce qui veut dire que pour lui le mot *complète* ne suppose pas nécessairement que l'utérus tout entier a franchi la vulve, et qu'il admet, sans doute, des degrés divers pour chacune de ces variétés principales, qu'il étudie dans deux chapitres distincts.

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à l'article Hystéroptose (signé Jourdan), il est dit que des écrivains modernes ont adopté une autre division, que voici :

1° *Abaissement*. La matrice est encore dans le vagin.

2° *Chute*. Se montre à l'orifice de la vulve.

3° *Précipitation*. Se porte tout à fait à l'extérieur.

On ajoute que cette division est fondée sur deux ou trois degrés d'intensité d'une seule et même maladie, entre lesquels il peut en exister un nombre pour ainsi dire infini.

Madame Boivin (t. Ier, p. 84 et suivantes) est bien plus explicite encore, et je ne sais pourquoi elle n'a pas été mieux comprise par notre collègue. Tous les abaissements de l'utérus sont désignés par elle sous le nom générique de *prolapsus*, et elle les classe de la manière suivante.

Le premier degré constitue l'*abaissement* ou le *prolapsus commençant*. La matrice ne quitte pas le vagin.

Le deuxième degré comprend la *descente* proprement dite ou *semi-prolapsus*. Dans ces cas, ainsi qu'elle le fait remarquer, la direction de l'utérus est changée, et le museau de

tanche vient faire saillie à la vulve (voy. la figure 1 de la planche IX de son Atlas).

Le troisième degré se rapporte à ce que quelques auteurs ont décrit sous les noms de *chute*, de *précipitation*, et qui, pour elle, constitue le prolapsus complet.

Son livre renferme des exemples de ces divers états. Nous y reviendrons plus tard à propos de l'existence presque contestée du *prolapsus* complet.

M. Cruveilhier a été beaucoup plus radical encore. Il blâme les dénominations de *descente*, de *chute*, de *précipitation*, de *prolapsus;* pour lui, il n'y a dans les divers cas qu'une véritable invagination du vagin à des degrés plus ou moins prononcés. Je pourrais encore ajouter d'autres citations du même genre, mais je crois avoir suffisamment insisté pour qu'il soit établi que la classification de notre collègue est trop vieille, et qu'elle ne représente pas l'opinion de notre époque.

Mais quel état pathologique nouveau M. Huguier veut-il substituer à ce que nous connaissons tous, avec madame Boivin, sous le nom générique de *prolapsus?*

En d'autres termes, qu'entend-il par son allongement hypertrophique de la *portion sus-vaginale* du col?

Le col utérin est divisé, par tous les anatomistes, en deux parties : la première et la plus longue est celle qui fait saillie dans le vagin, la seconde est celle qui se trouve située au-dessus de l'insertion de ce canal; elle a une étendue moins considérable, et c'est à peine si elle représente en longueur 15 à 16 millimètres.

Ce serait donc cette portion restreinte de l'utérus qui serait, d'après notre collègue, le point de départ de tous les désordres qu'on observe dans la plupart des cas, qui sont considérés comme des prolapsus à des degrés divers. Mais où donc a été fournie la preuve d'une pareille assertion? Quelle structure spéciale de cette portion *sus-vaginale du col* qui puisse expliquer une semblable limitation de l'allongement hypertrophique? N'y trouve-t-on pas les mêmes tissus, les mêmes éléments anatomiques? Qu'importe, pour établir ce fait, que la sonde utérine pénètre à 10, 12 ou 15 centimètres: cela ne

prouve qu'une chose, c'est que la cavité totale de l'organe s'est accrue; mais où est la démonstration que l'augmentation est due à l'allongement hypertrophique de la seule portion sus-vaginale du col? Je la cherche, et ne la trouve nulle part. Sur les pièces qui nous ont été montrées ici comme sur celles qui ont été vues ailleurs, l'hypertrophie n'était pas bornée à la portion *sus-vaginale du col*. Elle s'était étendue tantôt à l'utérus tout entier, tantôt aux portions sus- et sous-vaginales du col de cet organe. Dans quelques cas même, au lieu d'hypertrophie, c'est une véritable atrophie qui a été rencontrée avec un certain degré d'élongation.

Il y a, de la part de notre collègue, une fausse interprétation d'un état anatomique auquel il veut donner un nom nouveau. Tout cela était connu, et c'est ce que je vais démontrer par quelques citations empruntées à deux de nos maîtres qui siégent dans cette enceinte.

Dans une thèse de concours, soutenue en 1831, M. J. Cloquet donne la description d'un renversement complet du vagin, entraînant avec lui la matrice et une partie de la vessie et du rectum. La pièce anatomique avait été recueillie en 1816 sur le cadavre d'une vieille femme de quatre-vingts ans, et elle est représentée dans la planche VIII. Je passe sur les détails, qui ne se rapportent pas directement au point en discussion. Mais voici ce qu'on dit à propos de la matrice elle-même : « Elle était *petite*, *allongée* et *molle*. Elle offrait une tumeur fibreuse, arrondie vers sa partie inférieure. Sa longueur n'excedait pas 2 pouces, et elle se continuait insensiblement *avec son col*, *qui avait bien 4 pouces de long*. » Il n'y avait dans le vagin renversé que le col de l'utérus. N'est-il pas évident que M. J. Cloquet n'a jamais eu la pensée de donner ce cas comme un exemple de chute complète de la matrice, et M. Huguier est-il autorisé à y voir un exemple de son prétendu allongement de la portion sus-vaginale du col? Il résulte évidemment de l'examen de la planche, que tout le col et une bonne portion du corps participaient à l'élongation.

M. Cruveilhier a aussi parfaitement décrit cette affection

(voy. *Anatomie pathologique du corps humain*, 26e livraison, planche IV, et son *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. I., qui a paru en 1849). Il observe que, vu par le bassin, l'*utérus* paraît occuper sa place accoutumée; *cet organe est non-seulement allongé*, mais il a changé de forme; son volume est considérable. Il est rétréci à sa partie moyenne, et élargi aux extrémités (en forme de gourde), son tissu est ramolli, le museau de tanche est renversé et ramolli.

Comme M. Huguier, j'ai été examiner les pièces du musée Dupuytren; je les ai vues avec M. Houël, et je puis dire que nous ne leur donnons pas la même interprétation que notre collègue. Le corps de l'utérus est loin d'être resté à sa place habituelle, et l'allongement ne porte pas exclusivement sur la portion sus-vaginale du col. Trois d'entre elles surtout me semblent confirmer entièrement la manière de voir de M. Cruveilhier.

Quant au *prolapsus complet*, c'est-à-dire à ce déplacement dans lequel l'utérus a tout à fait quitté l'excavation pelvienne, il est incontestable qu'il est beaucoup plus rare, et personne n'a jamais dit le contraire. Mais M. Huguier va beaucoup trop loin quand il affirme qu'on ne trouve dans presque aucun ouvrage, la preuve irrécusable, séméiotique et anatomo-pathologique de l'existence de la *chute complète* de l'utérus. Les faits qu'il emprunte à Blandin et à M. Morel-Lavallée ne sont pas les seuls qui existent dans la science.

Mauriceau rapporte deux exemples de chute complète de l'utérus, qu'il dit avoir observés sur deux jeunes filles. En admettant que les détails soient trouvés insuffisants pour le premier, il est impossible de faire la même objection pour le deuxième, car il est dit qu'on sentait *le corps de la matrice à l'extérieur*.

En rappelant l'observation de Marguerite Malaure, citée par Saviard, notre collègue dit bien que Verduc introduisit une sonde dans la cavité utérine et la fit pénétrer à 5 ou 6 pouces, mais il a omis d'indiquer que la tumeur vulvaire avait de 8 à 10 pouces, et que cette circonstance démontre sans réplique que le *prolapsus était complet*.

Il en est de même du cas suivant, rapporté par Levret : Une pauvre femme vint un jour lui demander l'aumône, en lui disant que depuis longtemps elle avait une descente de matrice. Ayant offert un petit écu pour examiner la tumeur, il trouva entre les cuisses une espèce de globe elliptique, qui avait 9 pouces de circonférence vers la partie la plus large, qui était en haut, environ la moitié vers la pointe, et à peu près un demi-pied de long. Sa partie supérieure était attachée circulairement à la racine des grandes lèvres, et le vagin était entièrement retourné. On voyait, à la partie la plus déclive, l'orifice de la matrice qui, *au lieu de faire le museau de tanche*, faisait comme un petit bourrelet. Levret y introduisit une sonde droite ou algalie de femme, et après quelques difficultés, il en fit pénétrer environ la moitié. Or, la longueur d'une sonde de femme étant d'environ 16 centimètres, cela veut dire que la cavité utérine en avait 8 à peu près, et que, par conséquent, la tumeur extérieure, qui en avait au moins le double, renfermait l'utérus *tout entier*.

Levret ajoute que, se rappelant l'observation XV de Saviard, et trouvant de l'analogie entre ces deux maladies, il offrit ses soins à cette pauvre femme, et, pour l'engager, il lui dit que des cas pareils avaient été guéris. Mais celle-ci (tant sans doute les incommodités qu'elle éprouvait étaient peu grandes) lui répondit : « Je m'en donnerais bien de garde, quand même je serais certaine que cela serait possible, car c'est là tout mon bien, puisque c'est cette incommodité qui me fait gagner de quoi vivre. »

Après avoir parlé du prolapsus utérin, madame Boivin consacre un chapitre, qu'elle intitule *observations particulières*. Elle donne d'abord plusieurs exemples d'abaissements incomplet de l'utérus; puis elle en cite d'autres de *prolapsus complets*.

Dans le premier cas, elle dit que l'*utérus avait son volume normal, et qu'il était totalement sorti de la vulve*.

Dans le deuxième, la malade avait fait une longue course avant de venir consulter l'illustre sage-femme, qui après l'avoir examinée, déclare qu'elle *trouva la matrice sortie en totalité de la vulve*.

Il en était de même dans la troisième observation où il est rapporté qu'elle aperçut une tumeur volumineuse aux parties génitales, et qu'il lui fut facile de reconnaître pour un *prolapsus complet de l'utérus et du vagin.*

Quand un auteur aussi justement estimé que celui-là, qui avait bien défini le sens qu'il donnait aux mots *prolapsus complet*, vient affirmer que la matrice était sortie en totalité au dehors de la vulve, je ne me crois pas le droit de nier de pareils faits.

Dans un autre cas, d'ailleurs, l'autopsie lui a permis de constater la présence de la matrice dans la tumeur vulvaire. Celle-ci avait le volume d'une petite tête de fœtus à terme. Sa dissection fit reconnaître que *la face postérieure de la vessie était partout adhérente avec la paroi antérieure du vagin, et par conséquent entraînée avec elle dans la masse du prolapsus. L'utérus, sain du reste, était placé presque horizontalement au-dessous de la vessie, le fond en arrière, le col en avant, et avait contracté des adhérences avec ce réservoir membraneux. Les bords de l'orifice étaient effacés et entourés d'ulcérations.*

Est-il nécessaire, après cela, d'ajouter qu'il n'est pas de chirurgien qui n'ait vu et positivement constaté des prolapsus complets. MM. Velpeau, Laugier, Nélaton et plusieurs autres m'ont dit en avoir rencontré qui ne laissaient aucun doute dans leur esprit. J'en ai vu moi-même au moins trois cas. Pour son compte, M. Huguier en a mentionné deux exemples, et, pour les donner avec certitude, il n'a pas eu besoin d'attendre la mort et l'autopsie des femmes. M. Chassagnac en a décrit un qui est à l'abri de toute contestation.

Tout cela n'empêche pas que les faits de ce genre ne soient assez rares, et personne, que je sache, n'a jamais dit le contraire. Aussi notre collègue n'a pas de peine à convaincre les auteurs d'erreur, en leur prêtant une opinion qu'ils n'ont jamais émise.

Il est facile de comprendre comment, avec cette manière de faire, il a pu avancer que sur une série de soixante-quatre malades réunissant, d'après les auteurs, tous les caractères des chutes complètes de la matrice, il n'y en avait que deux

exemples bien réels. Les auteurs dont parle M. Huguier sont sans doute les malades eux-mêmes ou des sages-femmes ignorantes, car ceux qui sont véritablement au courant de la question savent que, dans le prolapsus, l'utérus est ordinairement augmenté de volume, et que, par conséquent, il ne suffit pas que la tumeur extérieure ait au moins la longueur de *l'utérus normal* pour qu'on puisse affirmer que *le prolapsus est complet*.

Que dirai-je maintenant du mécanisme nouveau par lequel notre collègue croit pouvoir expliquer ce qui constitue pour tout le monde le prolapsus de la matrice? Jusqu'ici on s'en prenait au poids exagéré de l'organe, au relâchement ou à la déchirure de ses ligaments, au relâchement du vagin, à la constitution des malades, à l'existence d'une rectocèle ou d'une cystocèle, aux pressions exercées par des tumeurs ou des viscères abdominaux, etc.; mais pour lui qui ne conteste pas l'action de ces diverses causes dans quelques rares, il veut que la matrice joue un rôle actif dans ce mode de déplacement, et ce rôle il l'attribue exclusivement à la portion *sus-vaginale du col* pour la plupart des cas. Dans cette singulière théorie, le corps de la matrice restera à peu près à sa place, tandis que la portion vaginale, poussée par le développement incessant *de la partie sus-vaginale du col*, s'avancerait de plus en plus vers l'orifice vulvaire, en renversant le vagin et en triomphant des résistances énormes qui retiennent ce canal dans sa place habituelle.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie une pièce sur laquelle j'ai cherché à produire artificiellement un prolapsus de la matrice, et l'on sera peut-être surpris d'apprendre qu'il a fallu les efforts réunis et très énergiques de trois personnes pour y réussir. Que pourrait dès lors l'hypertrophie de la portion *sus-vaginale du col*, quand même elle serait démontrée? Pourquoi le fond de l'utérus ne s'élèverait-il pas plutôt vers la cavité abdominale, où il n'aurait à surmonter que la faible résistance qu'opposeraient les circonvolutions intestinales? N'est-ce pas ce qu'on observe pendant le cours de la grossesse? Mais, je l'ai déjà dit, l'assertion de

notre collègue attend encore une démonstration, et jusqu'à nouvel ordre il n'y a aucune raison d'admettre son hypothèse.

Je suis très satisfait, pour mon compte, des explications généralement données depuis Levret. Je crois que la cause essentielle du déplacement doit être surtout attribuée à un état particulier du vagin et au ramollissement des tissus pelviens. Je pense surtout que l'augmentation du poids de la matrice ne joue qu'un rôle secondaire; mais lorsqu'une portion du col a franchi la vulve, la résistance ou l'espèce de constriction exercée par l'orifice inférieur du vagin produisent une sorte d'étranglement, qui devient cause efficace de l'hypertrophie secondaire de la portion du col qui est prolabée; de là, la forme en calebasse que prend l'utérus, et qui a été si bien décrite par M. Cruveilhier. Le mécanisme imaginé par M. Huguier est le seul qui me paraisse inadmissible. Les cas qu'il nous a montrés, soit sur des planches, soit sur des pièces anatomiques, et qu'il considère comme des exemples d'hypertrophie de la portion *sus-vaginale du col*, m'ont paru démontrer pour la plupart que l'hypertrophie portait sur la totalité de la matrice. Je crois même me rappeler que dans un cas le fond de l'utérus s'élevait au moins au niveau du détroit supérieur.

Dans l'article que notre collègue consacre à la description des caractères de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, je n'ai rien trouvé qui vînt à l'appui de sa manière de voir, et je ne comprends pas encore comment le cathétérisme utérin peut l'avoir mis sur la voie d'une pareille découverte. A quel résultat peut, en effet, conduire l'introduction d'une sonde dans la cavité utérine? A faire reconnaître la longueur de cette cavité; mais quant à distinguer ce qu'il faut attribuer au col et ce qu'il faut laisser pour le corps, je ne crains pas d'affirmer que cela est de toute impossibilité. Que serait-ce donc s'il fallait faire la part d'une hypertrophie portant particulièrement, et surtout exclusivement, sur la portion *sus-vaginale* du col?

Je dis plus encore, la sonde utérine ne peut pas donner la

longueur exacte de l'utérus dans un certain nombre de cas. Qu'une tumeur fibreuse ou de toute autre nature occupe le fond de l'organe et fasse saillie du côté de sa cavité, qu'il y ait une hypertrophie ou même atrophie des parois, le calcul auquel on se livrera après le cathétérisme restera en deçà ou ira au-delà de la vérité, car s'il est vrai qu'un centimètre représente, en général, l'épaisseur de ces parois, il est possible qu'elle soit deux ou trois fois plus grande ou qu'elle soit au contraire beaucoup moins considérable.

Quel besoin avons-nous, d'ailleurs, d'exposer les malades aux dangers d'une semblable manœuvre? Les moyens ordinaires ne suffisent-ils pas à toutes les exigences? Voyez, par exemple, sur ce prolapsus produit artificiellement. Si j'introduis un doigt dans le rectum, il atteint sans peine le fond de l'utérus sur lequel il se recourbe, et rien n'est plus facile que d'établir à quelle hauteur il s'élève dans la cavité pelvienne. Comme l'orifice occupe la partie la plus déclive de la tumeur vulvaire qu'on a sous les yeux, on peut sans peine obtenir, avec toute la précision désirable, la longueur totale de l'organe. Si le prolapsus était complet, le doigt ne trouverait plus aucune partie de l'utérus dans la cavité du bassin et en le recourbant fortement en bas pour pénétrer dans la tumeur, il constaterait que l'organe est tout entier dans celle-ci.

Si, au contraire, le corps de l'utérus considérablement hypertrophié s'élevait dans le bassin en même temps que le col ferait saillie à la vulve, le doigt placé dans le rectum suivrait la tumeur utérine dans une certaine étendue, et avec la main appliquée sur la partie inférieure de l'abdomen on sentirait le fond de la matrice et on arriverait encore à une évaluation très exacte.

On peut trouver aussi, dans le palper de la tumeur, d'excellents caractères. Si le prolapsus est complet, on reconnaît souvent, en la pressant à sa base, qu'elle renferme la totalité de la matrice qu'on tient en quelque sorte dans la main. Si le prolapsus est incomplet, on sent le cylindre utérin s'élever plus haut et remonter dans la cavité pelvienne. N'est-ce pas

ainsi que dans les faits de Mauriceau, de M. Chassaignac, de M. Huguier lui-même, etc., le diagnostic du prolapsus complet a pu être établi d'une manière incontestable? N'est-ce pas ainsi que procèdent chaque jour les chirurgiens les plus habiles?

Je regrette, messieurs, d'occuper aussi longtemps la tribune; mais vous n'oublierez pas que le travail de M. Huguier est considérable, puisqu'il a environ 300 pages grand in-folio et qu'il représente l'étendue ordinaire de plusieurs mémoires. Il me reste encore à vous présenter quelques considérations d'anatomie pathologique relatives à l'affection dont nous nous occupons. Les détails dans lesquels je vous demande la permission d'entrer me paraissent d'une très grande importance, au point de vue des indications thérapeutiques et pour juger en connaissance de cause l'opération hardie proposée par notre collègue.

Le volume de la tumeur qui se montre à la vulve est extrêmement variable, chacun le sait; mais il ne faut pas oublier qu'il peut être plus ou moins considérable sur la même femme, selon qu'on examine après un repos dans la position horizontale ou après que la station verticale a été longtemps conservée. Les changements que subit la muqueuse du vagin renversé, les ulcérations, le gonflement des bords de l'orifice utérin, tout cela est parfaitement connu, et depuis longtemps.

Le *renversement complet* de la paroi antérieure du vagin s'observe beaucoup plus souvent que celui de la paroi postérieure.

Quant aux organes contenus dans la cavité de la tumeur, les descriptions des auteurs ne laissent rien à désirer. On sait depuis longtemps que la vessie s'y trouve en plus ou moins grande quantité et que le rectum lui-même peut y envoyer un prolongement, ainsi qu'on le voit dans l'observation déjà citée de M. J. Cloquet.

On trouve dans Levret une description très exacte de la direction changée du canal de l'urèthre et du sens dans lequel il faut, dans ces cas, diriger la sonde, du changement

de direction du jet de l'urine et de la formation des calculs, etc.

Est-il possible de rencontrer dans le vagin renversé quelques anses intestinales, quoique les exemples en soient rares? Il ne me paraît pas qu'on puisse nier la possibilité d'une semblable disposition.

Depuis la dernière séance, le hasard m'a singulièrement servi en me faisant rencontrer une pièce d'anatomie pathologique relative à un prolapsus utérin presque complet, et qui a été recueillie sur une femme de cinquante ans qui est venue mourir d'une pneumonie à l'hôpital Cochin. Je dois à l'obligeance de M. de Saint-Laurent et de son interne, M. Tillaux, d'avoir pu examiner cette pièce et la mettre sous les yeux de l'Académie J'y joins un dessin que j'ai fait faire représentant la tumeur dans son ensemble et l'utérus dessiné à côté, avec sa forme et ses dimensions.

Voici les détails intéressants qu'elle présente :

La circonférence, à la base, est de 18 centimètres.

Au sommet, c'est-à-dire alentour du museau de tanche, elle en a 14.

Sa longueur en avant, c'est-à-dire du méat urinaire au sommet de la lèvre antérieure du col, est de 10 centimètres et demi.

En arrière, où le vagin n'est pas entièrement renversé, elle n'est que de 6 centimètres.

En avant, le renversement du vagin est complet; en arrière, où il n'est pas aussi étendu, le doigt peut encore pénétrer à 2 ou 3 centimètres.

Sur le pourtour de l'orifice existe une assez large ulcération d'un rouge brun, mais en définitive très superficielle.

Les lèvres du col sont épaisses, fendillées, et circonscrivent une ouverture béante.

La muqueuse vaginale est épaissie sur toute la partie antérieure de la tumeur; elle est sèche et comme parcheminée; elle tendait évidemment à prendre les caractères du tissu cutané.

En arrière, la muqueuse paraît plus humide et a beaucoup moins perdu ses caractères ordinaires.

Étudiée dans sa composition intérieure, on constate qu'une grande partie de la vessie se trouve en avant et descend très bas (jusqu'à 1 centimètre du sommet de la lèvre antérieure). La direction du canal de l'urèthre est complétement changée; il se dirige verticalement en bas. Le rectum qui longeait la tumeur en arrière n'existant qu'en partie sur la pièce, il est impossible de dire s'il envoyait un prolongement dans la tumeur.

Lorsqu'on ouvrit la cavité abdominale, au moment de l'autopsie, M. de Saint-Laurent constata que le corps de l'utérus, qui n'était pas à sa place, était très profondément situé dans la cavité pelvienne, et, lorsqu'on eut enlevé les anses intestinales, on remarqua un vaste infundibulum, au fond duquel était l'organe. Ce détail a été donné par M. Tillaux à la Société anatomique lorsqu'il y présenta la pièce.

L'utérus mesuré à l'extérieur, de son fond à la lèvre antérieure, a 9 centimètres et demi. Transversalement, au milieu du corps, il a à peine 4 centimètres un quart. La sonde, introduite dans la cavité utérine, donne 8 centimètres trois quarts. Malgré le petit allongement qu'il a subi, allongement qui porte tout à la fois sur tout le col et sur la partie inférieure du corps, l'utérus a des parois moins épaisses que de coutume, et quoique je ne l'aie pas encore pesé je puis affirmer que son poids est inférieur à celui d'un utérus normal. Le pourtour de son orifice externe est seul renflé et véritablement hypertrophié.

Le fond de la matrice se trouve à un centimètre et demi *au-dessous* de la symphyse pubienne. De telle sorte qu'en avant l'utérus a complétement quitté l'excavation du bassin, et que si avec un bistouri on traversait la tumeur à sa base, horizontalement et d'avant en arrière, cet instrument passerait au-dessus du fond de la matrice sans y toucher.

En arrière, au contraire, l'utérus n'est contenu dans la tumeur vulvaire que dans l'étendue de 6 centimètres environ. Les 3 centimètres supérieurs de cette paroi postérieure sont comme couchés sur la face antérieure du périnée.

Il est facile d'expliquer pourquoi, dans ce cas, par sa partie

postérieure, l'utérus n'est pas en totalité dans la tumeur vulvaire. Quelques courtes explications vont nous mettre à même d'apprécier ce fait.

Dans l'état normal, la direction de l'utérus est à peu près celle de l'axe du détroit supérieur, de telle sorte que si cet organe s'abaisse sans changer de direction il vient presser sur la partie interne et postérieure du périnée, et souvent du côté du rectum. Quand la force qui l'entraîne l'a conduit vers l'orifice vulvaire, un premier changement s'est déjà opéré dans la direction générale de l'axe de la matrice. Le fond a dû nécessairement s'incliner en arrière, et se mettre à peu près en rapport avec l'axe de l'orifice vulvaire, qui peut varier lui-même selon que le périnée a été plus ou moins déchiré dans les accouchements antérieurs. Il n'y a pas de prolapsus un peu avancé dans lequel les changements dont je viens de parler ne se soient produits, à moins qu'une flexion de l'organe n'ait pu permettre au col de se porter en avant en laissant le corps dans la même direction. Or, comme la paroi postérieure du bassin, augmentée de toute la longueur du périnée, est de beaucoup plus considérable que l'antérieure, qui n'est représentée que par la hauteur de la symphyse pubienne, il en résulte qu'en avant le prolapsus peut être complet alors qu'en arrière une portion de la matrice est encore dans l'excavation. Et c'est précisément ce qui a lieu dans la pièce que je mets sous vos yeux. Un petit effort de plus qui eût complétement renversé la paroi postérieure du vagin, et le prolapsus était évidemment complet.

Dans le chapitre où M. Huguier s'occupe des indications thérapeutiques, il donne des conseils tellement sages, tellement en rapport avec ceux qui ont été donnés par les auteurs, qu'en vérité je n'aurais rien à lui objecter, si, comme dans la première partie de son travail, il n'avait oublié de joindre l'exemple au précepte.

C'est ainsi qu'il veut qu'on commence par changer la profession des malades, par modifier la constitution générale, par agir sur l'état local, et, à ce double effet, il conseille les toniques, les astringents, les ferrugineux, les sulfureux, l'iodure

de potassium, le seigle ergoté, les pommades fondantes, tout cela concurremment avec le repos et la position horizontale. Il veut, s'il y a rectocèle ou cystocèle, qu'on commence par combattre ces deux affections, et à la page 166 de son manuscrit, il va jusqu'à dire que lorsqu'il est possible de réduire les parties et de les maintenir réduites, il repousse toute idée d'opération sanglante. En tout cela, je suis parfaitement de son avis; mais nous verrons si dans ses observations il n'a pas trop souvent agi avec le bistouri avant d'avoir épuisé la série des moyens que, d'après lui, je viens d'énumérer.

Quand, en divers points de son mémoire, il reproche aux auteurs et aux praticiens d'avoir exclusivement songé au déplacement et de ne pas s'être occupé de l'hypertrophie, il ne leur rend pas une justice suffisante. Tous ceux, et ils sont nombreux, qui dans les prolapsus ont fait jouer un rôle important à l'augmentation de volume en la considérant, soit comme cause, soit comme effet, n'ont pas manqué de diriger leurs efforts dans ce sens.

Notre collègue a résumé de la manière suivante les indications qu'on doit se proposer de remplir :

1° Alléger l'organe de l'excès de son poids;

2° Diminuer les autres diamètres de l'utérus;

3° Enlever la longueur anormale qu'il présente;

4° Rétrécir circulairement l'extrémité supérieure du vagin;

5° Affaiblir les tractions exercées par la vessie et le rectum;

6° Tonifier et rétrécir la vulve.

Une seule opération lui paraît capable de remplir toutes ces indications. Voici comment il la définit :

« Enlever l'extrémité supérieure du vagin, la totalité du col et au besoin la partie inférieure du corps de l'utérus en l'évidant de dedans en dehors après avoir décollé la vessie. »

D'ailleurs, il n'opère que si la tumeur extérieure dépasse 4 à 5 centimètres, et il considère la déchirure du périnée comme une contre-indication.

Je dois ajouter qu'il ne se dissimule pas, au moins en partie, la gravité de l'opération; mais pour la justifier, il exagère, à

mon sens, les dangers et les inconvénients de la maladie. C'est ce qu'on peut voir en lisant les pages 171, 172 et 173 de son manuscrit. Il est vrai qu'on a vu des calculs se former dans quelques cas. Quant aux péritonites qui seraient la conséquence des tentatives faites pour réduire la tumeur, les faits observés démontrent que c'est un accident qu'on n'a pas beaucoup à redouter.

Je pense, pour mon compte, que les prolapsus incomplets, et même complets, ne constituent, dans la majorité des cas, que des infirmités compatibles avec la vie, la santé, et souvent même le travail. Il y a entre M. Huguier et moi cette grande différence qu'il poursuit à tout prix la cure radicale d'une affection sérieuse, je ne le dissimule pas, tandis que je suis très disposé à me contenter de tentatives beaucoup moins dangereuses et même de moyens purement palliatifs. Je ne me sentirais disposé à me départir de cette règle, que je crois conforme à la saine chirurgie, que pour des femmes jeunes encore et dont la vie serait empoisonnée par une semblable infirmité.

Quoique les opérations pratiquées par M. Huguier n'aient pas été exemptes de dangers, il s'en faut, une chose m'étonne encore : c'est qu'il n'ait pas eu des revers plus nombreux. Quant à lui, il attribue ses succès aux précautions préliminaires dont il entoure ses malades. Il n'opère que quelques jours après les règles. Il les tient couchées plusieurs jours avant et il a soin de les purger préalablement ; enfin, il attache une grande importance à faire naître aux cuisses et aux jambes une éruption étendue avec l'huile de croton-tiglium. Ordinairement aussi il exclut le chloroforme.

Quant au manuel opératoire, M. Huguier le divise en quatre temps.

Dans le premier, le col étant saisi par une érigne et relevé vers le pubis, il pratique avec un bistouri une incision courbe à concavité antérieure sur la paroi postérieure du vagin, qu'il dissèque ensuite et sépare du col dans une certaine étendue ; puis, par une incision obliquement dirigée de bas en haut et d'arrière en avant, il entame le tissu de l'utérus

jusqu'à ce que la lame ait atteint la cavité de l'organe.

Dans le deuxième temps, la matrice étant au contraire abaissée, il fait une autre incision sur la partie antérieure du vagin, incision à concavité dirigée en bas; il sépare ensuite la vessie du vagin et de l'utérus dans une étendue de plusieurs centimètres, 3, 4 et même 5, selon qu'il veut, pour me servir de son expression, plus ou moins alléger l'organe.

Le troisième temps consiste à couper la paroi antérieure de la matrice, et pour cela il conduit la lame de l'instrument obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'elle ait été rejoindre l'extrémité supérieure de la première incision pratiquée en arrière.

De tout cela, il résulte que la partie retranchée représente un corps assez irrégulier qui, dans l'une de ses extrémités, est formé par le museau de tanche entouré d'une petite portion du vagin, et dans l'autre par une sorte de coin à sommet libre et à base adhérente.

Si, d'une autre part, on veut se représenter la forme de la perte de substance qui est faite à l'utérus, on comprendra qu'elle doit se présenter avec l'aspect d'un cône creux à sommet tourné vers le fond de l'utérus et à base dirigée en bas.

Enfin, le quatrième temps consiste à réduire la tumeur et à la maintenir réduite. On se sert pour cela d'un tampon de charpie qui est traversé dans toute sa longueur par une sonde de gomme élastique.

Quand on lit les descriptions de notre collègue on croirait qu'il n'est pas très difficile de séparer le vagin de l'utérus et de la vessie. Je comprends que pour ce dernier organe, par une dissection difficile et attentive, on parvienne à le séparer de l'utérus et du vagin! Mais que de soins et de précautions il faut prendre pour ne pas entamer les parois du réservoir urinaire! Combien sont nombreux les vaisseaux veineux, surtout, que l'on intéresse nécessairement!

Mais en arrière, à quel danger n'est-on pas exposé! Le péritoine n'est séparé de l'instrument que par l'épaisseur du vagin; il descend, ainsi que je vous l'ai montré sur une de mes pièces, très près du sommet de la lèvre postérieure du

col, et si M. Huguier avait fait dans ses opérations ce qu'il conseille dans la description de son procédé opératoire, il aurait plus d'une fois, j'en suis sûr, pénétré dans la cavité péritonéale. Il a su éviter ce danger, non pas en séparant le vagin de l'utérus, ce qui est impossible, attendu que le tissu de ces deux organes est tellement identique que le premier paraît être une simple émanation du second, mais en taillant dès le principe dans le tissu même de la matrice et en s'éloignant de plus en plus du péritoine. Il était bon de mettre ce fait en évidence, afin que si quelqu'un était tenté de l'imiter il ne fût pas conduit à essayer d'une dissection périlleuse et que je déclare impossible.

Au reste, il n'y a rien de nouveau dans cette opération que son application à la cure radicale du prolapsus utérin. Comme procédé opératoire, Lisfranc l'employait pour des altérations organiques du col et même pour d'autres cas, car on sait qu'il s'est souvent trompé dans ses diagnostics. Voici ce que l'on trouve dans l'ouvrage de Pauly, son ancien élève. Après avoir décrit la manière ordinaire de faire du chirurgien de la Pitié, il dit, à la page 416 de son *Traité des maladies de l'utérus :* « Quelquefois il suffit de deux incisions semi-lunaires, qui se réunissent par leurs extrémités, et dont le plus grand diamètre est l'antéro-postérieur; on creuse ensuite si besoin est, en disséquant le mal dans l'épaisseur de l'organe, une espèce de cône à sommet supérieur. » Voilà bien la même opération, avec cette différence cependant que, tandis que M. Huguier poursuit l'hypertrophie avec son bistouri, Lisfranc poursuivait des tissus plus profondément altérés.

Toutefois, ce mode opératoire n'a pas paru tellement indispensable à notre collègue pour assurer la guérison des malades qu'il n'ait, dans trois cas, eu recours à l'écraseur linéaire, et c'est de la même manière que M. Chassaignac a opéré ses six malades. Il est bien évident qu'avec l'instrument mis en usage dans ces observations, la portion de l'utérus retranchée ne saurait avoir ni la même étendue ni la même forme.

Il n'est plus possible de creuser un cône et la sec-

tion ne peut être qu'un peu plus ou un peu moins oblique

Il est juste de dire que, malgré ces trois tentatives, qui n'ont pas été pourtant plus malheureuses que les autres, M. Huguier donne la préférence à l'opération pratiquée avec l'instrument tranchant. Il n'aime pas non plus à se servir du chloroforme. Il attache une grande importance à pratiquer la ligature des artères ouvertes (et elles sont ordinairement nombreuses), il trace même à ce sujet d'excellents préceptes qui lui ont été suggérés par sa grande pratique.

Dans le résumé qu'il donne des accidents observés à la suite de cette opération, il signale, page 185 et suivantes, un peu de fièvre, quelques douleurs au bas-ventre, des coliques utérines, des frissons, des nausées, des vomissements, une fois seulement une métro-péritonite qui aurait été promptement dissipée, enfin il reconnaît qu'il y a ordinairement un écoulement de sang considérable. Quant à la cicatrisation de la plaie utérine et vaginale, il la dit complète du quinzième au vingtième jour, et il signale un seul cas de récidive constaté quatre mois environ après l'opération (la malade était très affaiblie et avait une déchirure du périnée).

Il ne me reste plus qu'à faire passer sous vos yeux l'analyse des observations contenues dans le mémoire, et j'espère en faire ressortir que l'opération a été plus d'une fois pratiquée en dehors des conditions posées par notre collègue lui-même; que la persistance des succès n'est pas aussi démontrée qu'on pourrait le croire; qu'il y a eu souvent des accidents très sérieux et que deux femmes ont succombé.

Pour que ces observations puissent être facilement reconnues, je leur laisse les numéros qu'elles portent dans le mémoire.

Observation n° 20. — Blanchisseuse âgée de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution, mariée à vingt-trois ans.

Après trois accouchements assez pénibles, elle éprouve des douleurs dans le ventre et des pesanteurs vers le bassin.

Quelque temps après, en soulevant un baquet plein d'eau, elle ressent un craquement dans les reins, et elle voit apparaître une grosseur à la vulve. Un confrère réduit la tumeur

et applique un pessaire : celui-ci est difficilement supporté.

La tumeur grossit petit à petit et s'ulcère.

En février 1850, la malade est soumise à l'examen de M. Huguier.

La tumeur extérieure a 10 centimètres et demi de longueur. Sa réduction est très facile.

La sonde utérine pénètre à 14 centimètres.

Le toucher rectal permet de constater le volume et la véritable situation du fond de la matrice.

Après quelques jours de repos et la préparation ordinaire, sans avoir essayé aucun des autres moyens palliatifs ou curatifs, on pratique l'opération le 2 mars.

La portion enlevée a 6 centimètres et demi de long.

Écoulement de sang qui traverse l'appareil, fièvre légère, ténesme vésical.

4 mars. On retire la mèche ; avec elles sortent des caillots noirs.

Le 6 et le 7, suppuration abondante.

Le 28, plaie *presque* cicatrisée.

Cette femme sort guérie le 14 avril ; elle est revue deux mois et demi après, et la guérison se maintient.

Réflexions. — Cette observation démontre les avantages du toucher rectal. On aurait pu se passer de la sonde utérine.

La tumeur était réductible, et cependant M. Huguier a eu recours, de prime abord, à l'opération, dont les suites n'ont pas été exemptes d'accidents.

Enfin la malade n'a été vue que deux mois et demi après, et cela ne suffit pas pour qu'on puisse savoir si la guérison a été définitive.

Observation n° 21. — Blanchisseuse âgée de cinquante-neuf ans, entrée à l'hôpital le 10 juillet. Elle avait eu un enfant à dix-neuf ans. Les règles avaient cessé définitivement à quarante-six. C'est à partir de cette époque, qu'elle s'aperçut d'une tumeur à la vulve, qui depuis a grossi graduellement. Deux pessaires ayant été essayés sans succès, elle la soutenait

avec des compresses. Elle éprouvait surtout des douleurs dans les reins et les aines.

Quand M. Huguier l'examine la malade déclare qu'elle ne peut plus exercer sa profession.

La tumeur extérieure a 10 centimètres et demi de long. Le vagin est presque entièrement renversé.

L'hystéromètre pénètre à 13 centimètres.

Le doigt, porté dans le rectum, permet de constater qu'une partie de l'utérus est encore dans le bassin.

Le 16 juillet, la malade est opérée après la préparation habituelle.

On ne donne pas la longueur de la portion enlevée.

Le 18, un peu de tension abdominale, pas de fièvre.

Le 6 août, la plaie n'est pas encore cicatrisée.

Elle sort guérie le 7 septembre.

Sept ans après, une gangrène sénile ramena cette femme dans le service de M. Robert, où elle succomba.

Le prolapsus ne s'était pas reproduit.

On constata qu'en arrière la cicatrice n'était qu'à 4 millimètres du péritoine.

Le col était oblitéré.

Réflexions. — Cette malade est entrée le 10 juillet et a été opérée le 16, sans qu'on ait essayé aucun autre moyen. Le toucher rectal était suffisant pour faire reconnaître à quelle hauteur s'élevait le fond de l'utérus. Il est vrai que les suites de l'opération ont été peu graves; mais, à l'autopsie, on a trouvé le col oblitéré, et la cicatrice à 4 millimètres du péritoine, ce qui prouve combien il aurait été facile de l'entamer.

Observation n° 22. — Blanchisseuse dont je ne puis préciser l'âge, mais qui avait au moins quarante ans, entre à l'hôpital le 21 août 1851. Elle avait eu trois accouchements heureux, le dernier il y a treize ans.

Il y a deux ans qu'elle s'est aperçue de l'apparition d'une tumeur à la vulve. Elle éprouvait de la constipation, des envies fréquentes d'uriner et un prurit très incommode.

Le repos au lit faisait disparaître tout cela.

Avec un pessaire, qu'on lui mit en ville, elle put reprendre son travail, mais bientôt elle ne put le supporter, et il fallut l'enlever.

M. Huguier constata une tumeur vulvaire de 9 centimètres, avec renversement incomplet du vagin.

Le museau de tanche était rouge et volumineux.

L'hystéromètre pénétrait à 11 centimètres.

Le doigt dans le rectum trouve le fond de l'utérus à plus de 4 centimètres au-dessus de l'orifice vaginal.

Le 2 septembre, on essaya d'un pessaire intra-utérin, mais on dut bientôt le retirer à cause des accidents graves qu'il provoqua.

Opération le 18 septembre. Il fallut lier sept artères.

La portion enlevée n'avait que 3 centimètres et demi.

Tout va bien jusqu'au 8 octobre.

Ce jour-là, la malade descend au jardin.

Le soir elle est prise de fièvre et de frisson; le ventre est tendu, douloureux, le pouls à 104.

Le 10, on constate une péritonite (25 sangsues, frictions avec l'onguent mercuriel).

Le 11, saignée du bras.

Le 12, grande amélioration. Cette femme commença à se lever le 28, et elle sort guérie le 2 novembre. On ne dit pas si la malade a été revue depuis.

Réflexions. — Le toucher rectal a très bien fait connaître à quelle hauteur s'élevait le fond de l'utérus. Les incommodités n'étaient pas très graves, et M. Huguier, avant d'en venir à l'opération, n'a essayé que du pessaire intra-utérin, qui a produit, comme cela est habituel, les accidents les plus sérieux. Il est probable qu'un bandage périnéal bien fait aurait parfaitement soulagé. Quoique je ne veuille pas dissimuler l'importance de l'imprudence commise, il n'en est pas moins vrai qu'on a eu à combattre une péritonite très grave. Enfin la malade n'ayant pas été revue, on ne peut rien dire du succès définitif de l'opération.

Observation n° 23. — Blanchisseuse âgée de dix-neuf ans, n'ayant pas eu d'enfants. Il y a deux ans, à la suite d'un

coup de pied sur le ventre, douleurs dans les reins, sensation d'un poids ; plus tard apparition d'un corps à l'entrée de la vulve. Cinq mois après l'avoir constaté, elle entre à la Charité, et passe successivement dans les services de MM. Velpeau et Gerdy. Celui-ci essaye des pessaires sans succès. Plus tard Valleix lui fit porter un pessaire intra-utérin, mais il provoqua des hémorrhagies abondantes.

C'est au mois de février que M. Huguier l'examine. La tumeur a 7 centimètres de long. Le renversement du vagin est incomplet.

L'hystéromètre donne 10 centimètres, et fait constater une légère rétroflexion. La santé générale est bonne. Il est dit que quand la malade s'est longtemps reposée la tumeur n'a plus que 3 centimètres et demi.

M. Huguier a essayé d'un pessaire à tige mobile qui ne peut être supporté.

Il pratique l'opération le 2 mai.

Le 9 au soir apparaît un léger érysipèle au front, qui disparaît vite.

Elle sort complétement guérie le 19 juin.

Réflexions. — C'est un nouveau cas à joindre à tous ceux qui ont prouvé les dangers des pessaires intra-utérins. J'aurais insisté davantage sur d'autres moyens, et le repos en particulier, qui réduisait si notablement la tumeur. Toutefois cette femme était très jeune, et peut-être était-il indiqué de tenter quelque chose pour la débarrasser définitivement ; mais, avant d'en venir à l'amputation, j'aurais eu recours à d'autres opérations moins graves, et qui ont quelquefois réussi.

Rien ne prouve que la cure radicale se soit maintenue. Cette femme n'a pas été revue depuis sa sortie de l'hôpital.

Observation n° 24. — Cuisinière âgée de trente-neuf ans (entrée le 29 novembre 1852), d'une bonne constitution ; une fausse couche à vingt-sept ans ; un accouchement à terme terminé par le forceps à trente et un ans. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre, excrétion de l'urine difficile, pesanteur au périnée. Parfois la matrice se montrait à la vulve ; elle la soutenait avec un mouchoir. La marche était

difficile; elle avait de temps en temps des métrorrhagies. La malade continuant son travail, et frottant même, la matrice sort complétement. Dès ce moment elle éprouve une amélioration sensible.

C'est pour se faire soigner d'une brûlure qu'elle se fait conduire à l'hôpital.

A son examen, M. Huguier trouve une tumeur saillante hors la vulve, et de la grosseur d'une tête de fœtus.

Par le palper, il constate sans peine que l'utérus est tout entier dans la tumeur.

Le toucher rectal donne absolument le même résultat.

Après quelques difficultés, la sonde utérine pénètre à 13 centimètres; l'utérus était en rétroflexion.

La tumeur est facilement réduite. On cherche à la maintenir avec un pessaire élytroïde, mais la malade souffre et le pessaire est expulsé. Alors on se contente d'un simple tampon et du séjour au lit.

11 janvier, opération habituelle.

La portion enlevée a 5 centimètres et demi. Il s'écoule beaucoup de sang veineux. Le soir un peu de fièvre, écoulement de sang assez considérable.

Le 26, douleurs vives du côté de la vessie.

Le 20 mars, frissons violents; sangsues.

En définitive, après une série d'accidents divers, mort le 13 mai, quatre mois après l'opération.

A l'*autopsie*, abcès multiples dans les reins. Rien ailleurs.

Réflexions. — C'est un exemple de *prolapsus complet* facilement reconnu par le palper de la tumeur et le toucher rectal. La sonde utérine était au moins inutile.

Pour M. Huguier, la mort de cette femme a eu pour cause une maladie des reins, probablement antérieure à l'opération. Pour moi, je trouve dans les détails qui sont donnés la preuve que cette opération a causé une inflammation de la vessie qui, de là, s'est étendue aux reins, où elle a produit les désordres qui ont finalement fait succomber la femme.

Observation n° 25. — Femme de quarante ans, domestique, d'une forte constitution, entrée à l'hôpital le 30 mars 1853.

Une première grossesse à vingt-quatre ans, terminée par un accouchement difficile. Au retour des règles, un corps tendant à sortir de la vulve fut reconnu par la malade.

Deux autres grossesses eurent lieu en trois ans, après lesquelles la matrice sortit davantage.

Un pessaire fut appliqué et soutint bien pendant plusieurs années. Depuis, ce moyen de contention a été insuffisant, et la tumeur n'avait pas été réduite depuis quatre mois et demi, lorsque la malade fut soumise à l'examen de M. Huguier.

Une tumeur du volume d'un gros citron pend à la vulve: elle a 10 centimètres de long. La paroi postérieure du vagin n'est pas entièrement renversée.

En palpant la tumeur, on reconnaît qu'une partie de l'utérus remonte dans le bassin.

Par le toucher rectal, on limite aussi le fond de l'utérus.

La sonde pénètre à 13 centimètres 3 millimètres.

Le repos et quelques soins rendent la position de la malade très supportable.

M. Huguier réduisit et essaya de maintenir avec le pessaire de M. Hervez de Chégoin; mais la matrice, au lieu de remonter, se plia, et il fallut retirer l'instrument.

Opération le 21 mai. Portion enlevée, 5 centimètres.

Pas d'accidents.

Le 17 juin, plaie entièrement cicatrisée. La malade resta encore deux mois à l'hôpital parfaitement guérie.

Depuis elle n'a pas été revue.

Réflexions. — Le palper de la tumeur et le toucher rectal ont très bien fait distinguer qu'une partie de l'utérus était encore dans le bassin. Mais la guérison s'est-elle maintenue? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer, cette femme n'ayant pas été revue depuis sa sortie de l'hôpital.

Observation n° 26. — Piqueuse de bottines, âgée de quarante-sept ans, d'une bonne constitution; une grossesse à vingt-huit ans, accouchement facile. En 1849, se fait marchande des quatre saisons. En 1851 métrorrhagie, depuis règles irrégulières. Rapports sexuels douloureux depuis un an

seulement. Elle entre chez M. Sandras pour se faire traiter d'une pneumonie.

M. Huguier l'examine le 18 octobre 1853 et constate une tumeur vulvaire du volume d'un œuf allongé, longue de 8 centimètres et demi. Vagin presque complétement renversé.

Une sonde cannelée pénètre tout entière. L'hystéromètre donne 13 centimètres.

Le doigt dans le rectum ne peut atteindre le fond de l'utérus, mais on le sent facilement par l'abdomen au-dessus du pubis.

M. Huguier propose un pessaire, mais la malade refuse et accepte l'opération.

Elle est faite le 24 octobre. On ne fit aucune ligature.

Dans la journée, douleur et ballonement du ventre, écoulement de sang assez abondant.

Le 26, coliques, céphalalgie, état fébrile. Les jours suivants, frissons à la même heure. On donne le sulfate de quinine, depuis fièvre continue, somnolence. Le 9 novembre, langue sèche, dents fuligineuses, et la mort a lieu le lendemain.

A l'*autopsie*, on trouve pour toute lésion deux tubercules dans le lobe antérieur du cerveau.

Réflexions. — Il est évident que l'opération a été au moins prématurée. La malade n'était pas venue à l'hôpital pour sa tumeur qui ne la gênait pas considérablement. Six jours après l'avoir examinée, on se contente de lui proposer un pessaire qu'elle refuse, et alors on l'opère.

Le jour même de l'opération des accidents graves se déclarent; depuis ce moment, ils vont sans cesse en augmentant et en se multipliant, et la mort survint seize jours après malgré tout ce qu'on put faire.

L'autopsie ne révèle que deux petits tubercules dans l'un des lobes antérieurs du cerveau, et notre collègue, se faisant illusion, se hâte de mettre l'opération hors de cause et de tout rapporter à ces deux tubercules. Il me permettra encore ici de ne pas être de son avis.

Observation n° 27. — Une blanchisseuse, âgée de vingt-sept ans, petite et d'une chétive constitution, entra à Beaujon en avril 1856.

Au moment de la menstruation qui s'établit à dix-sept ans pour la première fois, la matrice commença à se montrer à la vulve. Elle avait souvent des pertes : elle déclare n'avoir jamais été enceinte, mais ce renseignement paraît douteux. Depuis quatre mois le déplacement a fait de grands progrès. Un pessaire appliqué en ville n'a pu être supporté et elle ne peut s'occuper de son état de blanchisseuse.

Déjà en 1854, M. Huguier avait essayé de rétrécir la vulve et le vagin à l'aide de cautérisations avec le fer rouge.

Nouvel examen fait en avril 1856. Quand la malade est assise ou couchée, il n'y a pas de douleur. Si elle se place debout, la tumeur descend lentement; le vagin est incomplétement renversé.

L'orifice utérin étant trop étroit pour admettre l'hystéromètre, on introduit une sonde cannelée qui pénètre à 11 centimètres et demi.

L'utérus est en rétroflexion; la malade demande l'*opération* et on la pratique le 24 juin. La portion enlevée a 4 centimètres en avant, moins en arrière.

Dans la journée, perte considérable, syncopes, vomissements, douleurs abdominales.

Le 26, amélioration. Enfin, après quelques accidents nouveaux, cette femme sort guérie le 24 septembre. Mais quatre mois après la sortie de l'hôpital, la tumeur s'est reproduite.

Réflexions. — Outre les dangers que courut cette femme, et qui montrent une fois de plus la gravité de l'opération, nous voyons dans cette observation un exemple de récidive survenue sept mois après, et comme plusieurs des malades indiquées guéries à la sortie, n'ont pas été revues depuis, il est bien permis de conserver quelques doutes sur le résultat définitif.

Observation n° 28. — Femme de quarante-cinq ans, blanchisseuse, entrée le 3 juillet. Mariée à vingt et un ans, elle eut successivement quatre fausses couches.

A vingt-quatre ans, premier accouchement à terme.

A trente et un ans, deuxième accouchement long (forceps).

Un an après, troisième accouchement, prompt et facile. Dernier accouchement à quarante et un ans.

Au commencement de cette grossesse, elle dut porter un bandage; mais après l'accouchement, la tumeur déjà sentie par la malade augmenta et descendit, le coït devint pénible, douleurs aux aines et aux lombes. M. Huguier constate une tumeur cylindrique, longue de 7 centimètres environ, et qui est réductible.

Le vagin est incomplétement renversé en arrière.

Une sonde cannelée pénètre à 11 centimètres environ.

La malade se plaint de quelques douleurs dans les aines et d'une fatigue générale.

C'est elle qui demande l'opération et on la lui pratique le 10 juillet. Pour faire sortir la tumeur, qui était rentrée depuis deux jours, on dut faire marcher la malade.

La portion enlevée pesait près d'une once et avait 4 centimètres de long. Deux heures après, frisson et pâleur, écoulement de sang (deux alèzes sont tachées), ténesme vésical, vomissements.

11 juillet. — La malade se dit mieux, mais a de la fièvre. Les jours suivants amélioration.

Le 17, le mouvement fébrile persiste.

Elle put sortir le 9 août, ayant encore une chute de la paroi antérieure du vagin. Elle souffrit encore chez elle, et le coït fut impossible.

Elle rentra à l'hôpital le 13 septembre pour y être traitée de la cystocèle. Revue deux ans après, l'utérus occupe sa place normale.

Réflexions. — Il est évident que cette malade était peu incommodée par son prolapsus. Elle était entrée le 3 juillet, et elle a été opérée le 10, par conséquent avant d'avoir essayé d'autres médications moins graves. Je ne doute pas que, dans ce cas, une pelote périnéale n'eût produit une amélioration suffisante pour permettre à cette femme de quarante-cinq ans de vaquer à ses occupations habituelles.

L'opération, du reste, ne fut pas exempte de suites sérieuses.

Observation n° 29. — Blanchisseuse, âgée de vingt-six ans, irrégulièrement réglée, et n'ayant pas eu de grossesse. Entre à Beaujon le 27 avril 1857.

Il y a quinze mois, en levant un paquet lourd, elle sentit comme une déchirure dans le ventre. Quelques jours après aurait apparu une tumeur à la vulve, et depuis elle aurait éprouvé des douleurs et des envies fréquentes d'uriner.

D'ailleurs, la tumeur rentrait quand la malade se mettait au lit, et alors toute douleur disparaissait. Aucun traitement n'avait été employé lorsque M. Huguier vit la malade.

La tumeur vulvaire avait 10 centimètres. Par le palper on reconnut qu'elle contenait le col et une partie du corps de l'utérus.

Cependant le doigt dans le rectum ne put atteindre au fond de l'organe. La sonde utérine ne pénétra qu'à 9 centimètres et demi.

Opération le 13 mai. — Après la section, l'utérus remonte brusquement dans le bassin.

La portion enlevée a 5 centimètres. A peine remise dans son lit, la malade éprouve des douleurs vives; à midi elle a une perte. Deux heures après les douleurs de ventre sont violentes, frisson, nausées, pouls excessivement petit.

On prescrit quinze sangsues et de la glace; M. Huguier revient le soir et ajoute des frictions avec l'onguent mercuriel.

Dès le lendemain amélioration qui marche rapidement, et cette femme peut sortir le 20 juin paraissant guérie.

Elle a été revue dix-huit mois après, et elle continue à bien aller.

Réflexions. — Voilà une malade qui n'avait essayé d'aucun traitement, ni chez elle, ni à l'hôpital, et chez laquelle on intervient d'emblée, pour ainsi dire, par l'opération. Les incommodités étaient cependant bien peu graves, et il est bien permis de supposer qu'elle en aurait été débarrassée en grande partie par des moyens très simples.

La tumeur extérieure n'avait que 10 centimètres, et la sonde

utérine ne pénétrait qu'à 9 centimètres et demi. Comment expliquer qu'avec le doigt dans le rectum on n'ait pu arriver jusqu'au fond de l'utérus? Il faut admettre que les parois du corps de cet organe avaient considérablement augmenté d'épaisseur, disposition que la sonde est incapable de faire reconnaître.

Si on avait palpé par l'abdomen, on aurait su à quoi s'en tenir sur la hauteur à laquelle s'élevait le fond de la matrice. On trouve dans cette observation un nouvel exemple des accidents graves qu'une pareille opération peut entraîner à sa suite, et il est très étonnant qu'un plus grand nombre de femmes n'y ait pas succombé.

Observation n° 30. — Une blanchisseuse, âgée de quarante-deux ans, entre le 29 septembre 1857. Elle a eu trois grossesses. La première a été terminée par une application de forceps qui a donné lieu à une déchirure complète du périnée. Elle a eu son dernier enfant à vingt-neuf ans. Cet accouchement fut suivi d'une perte considérable.

La chute de l'utérus, qui date de quatre ans seulement, a été précédée de cystocèle et de rectocèle.

Dans le principe, la malade en fut peu incommodée. Plus tard la tumeur devint douloureuse, et la station verticale ne pouvait être supportée.

Elle entra dans le service de M. Robert, qui l'adressa à M. Huguier.

La tumeur sous-vulvaire avait 13 centimètres; l'hystéromètre pénétrait à 14 centimètres.

Le doigt dans le rectum atteignait, quoique avec peine, le fond de l'utérus.

Le col était très hypertrophié.

Cette femme est opérée le 18, et cette fois on se sert de l'écraseur de M. Chassaignac après avoir préalablement séparé le vagin dans une étendue de 4 centimètres et demi.

La portion retranchée était de la grosseur d'un petit œuf.

Les suites furent simples; il y eut un peu de fièvre seulement, et cette femme commença à se lever le 12 novembre. On constate alors que la vessie et le rectum font encore saillie,

et que, dans les efforts que fait la femme, la vessie est attirée vers l'orifice vulvaire.

Le 4 décembre on pratique une nouvelle opération pour la rectocèle et la cystocèle.

Guérison et départ de l'hôpital le 28 décembre.

Cette femme n'a pas été vue depuis.

Réflexions. — Encore ici la sonde ne faisait pas connaître le véritable état de l'utérus. La tumeur vulvaire avait 13 centimètres, l'hystéromètre ne pénétrait qu'à 14, et cependant par le rectum on n'atteignait qu'avec peine le fond de la matrice; un examen plus complet par l'abdomen aurait expliqué cette particularité.

L'amputation du col n'a pas suffi, puisque l'utérus s'abaissait encore jusqu'à la vulve, et qu'il a fallu une seconde opération pratiquée sur les parois vaginales.

Cette malade est-elle définitivement guérie? On n'en sait rien au juste puisqu'elle n'a pas été revue depuis sa sortie de l'hôpital.

Observation n° 31. — Une blanchisseuse, âgée de soixante-deux ans, entre le 26 octobre 1857. Elle a eu une fausse couche et trois enfants, le dernier il y a vingt-six ans.

Elle n'avait jamais souffert lorsque, il y a six mois, elle reconnut qu'une grosseur se montrait à la vulve.

Les règles avaient disparu à l'âge de cinquante ans.

M. Huguier constate la présence d'une tumeur ovoïde longue de 8 centimètres et demi.

Le vagin est incomplétement renversé en arrière. Il y a une ulcération sur les bords de l'orifice.

L'hystéromètre pénètre à 11 centimètres et demi.

Le 28 octobre l'opération habituelle est pratiquée.

La portion enlevée à 6 centimètres.

Pas d'accidents sérieux, et la guérison est obtenue le 30 novembre.

Le 2 décembre, nouvelle opération pour la cystocèle.

La malade quitte définitivement l'hôpital le 28 décembre.

Depuis elle n'a pas été revue.

Réflexions. — Le prolapsus ne produisait aucun accident

sérieux. La malade entre le 26 octobre, et, sans essayer de quoi que ce soit auparavant, on pratique l'amputation de l'utérus quatre jours après. Pour qui sont donc les préceptes si sages posés par M. Huguier?

Qu'est-il advenu de cette femme? On l'ignore.

Observation n° 32. — Jeune femme de vingt et un ans, modiste, entrée le 21 novembre 1857. Accouchement facile il y a onze mois. Au bout de six semaines, elle reconnaît que la matrice fait saillie à la vulve.

Quatre mois après la tumeur a déjà le volume d'un œuf, mais ne donne lieu qu'à des accidents peu considérables. Au moment de l'examen de M. Huguier, la tumeur a le volume d'un gros œuf de dinde.

Elle est longue de 9 centimètres. La paroi postérieure du vagin est incomplétement renversée.

Le palper et le toucher rectal font reconnaître que le fond de l'utérus est dans le bassin. Les accidents éprouvés n'ont rien de sérieux.

L'hystéromètre pénètre à 11 centimètres, et quand on cherche à réduire la tumeur, l'utérus se coude, et la femme se plaint d'un sentiment de plénitude.

Le 28 novembre, opération avec l'écraseur. La portion enlevée a 4 centimètres 3 millimètres.

Le 4 décembre elle eut une perte assez considérable.

Le 17 (sa fille étant malade), elle voulut sortir n'étant pas encore complétement guérie.

Elle a été revue un an après, et la guérison s'est confirmée.

Réflexions. — L'âge de la malade ne me paraît pas justifier une pareille opération, pratiquée onze mois environ après un accouchement, sans avoir essayé de quoi que ce soit avant; et malgré le succès je ne conseillerai pas d'imiter un pareil exemple.

Observation n° 33. — Marchande ambulante de trente-trois ans, entrée le 21 août 1858. Mariée à vingt et un ans, elle a eu cinq enfants en onze ans.

C'est à la suite de son deuxième accouchement que la matrice a commencé à sortir un peu. Examen de M. Huguier.

Tumeur vulvaire cylindrique, longue de 9 centimètres. Vagin incomplétement renversé en arrière.

Portion vaginale du col hypertrophiée, l'hystéromètre pénètre à 11 centimètres et demi. Un pessaire précédemment appliqué par une sage-femme n'a pu être supporté.

La malade se plaint surtout de ne pouvoir rester debout.

Le 28 août, opération avec l'écraseur, sept à huit artères sont ouvertes et liées. La portion enlevée a 4 centimètres et demi.

31 août. Quelques accidents du côté du ventre; frissons, hoquet, fièvre modérée.

9 septembre. Douleurs du ventre, vomissements, diarrhée.

Depuis tout va bien, et cette femme sort guérie le 9 octobre. Elle n'a pas été revue depuis.

Réflexions. — Opération prématurée pour un cas donnant lieu à des accidents peu graves et dans lequel un simple pessaire avait été essayé en ville par une sage-femme. D'ailleurs la guérison a-t-elle été durable, on n'en sait rien.

Notre collègue, M. Robert, a imité dans un cas l'exemple de M. Huguier, mais il n'a pas eu à s'en louer, car sa malade n'a pas tardé à succomber à une métro-péritonite. C'est lui-même qui m'a donné ce renseignement, et je suppose que c'est parce qu'il s'est trouvé peu encouragé à renouveler de pareilles tentatives que l'une des malades, dont nous avons précédemment rapporté l'histoire, a été adressée par lui à son collègue d'alors à l'hôpital Beaujon.

Je ne dois pas oublier, en terminant, de dire un mot des malades qui ont été opérées par M. Chassaignac, qui a bien voulu me remettre les observations de trois d'entre elles.

Dans la première, il est question d'une blanchisseuse de trente-neuf ans qui, avec un prolapsus utérin, avait une hypertrophie considérable de la *portion vaginale du col*. Dans le décubitus dorsal, l'utérus ne sortait pas du vagin; mais quelques efforts de la malade suffisaient pour produire le prolapsus, et alors on voyait apparaître un col utérin hypertrophié, énorme, surmonté par une autre tumeur.

Les deux lèvres étaient séparées par une profonde scissure transversale. La supérieure était beaucoup plus considérable

en volume que l'inférieure. Elle avait 3 centimètres et demi depuis son sommet jusqu'à l'insertion du vagin, et 3 centimètres d'épaisseur environ; sa consistance était très ferme. La lèvre inférieure était plus longue d'un centimètre et demi, de sorte qu'elle en avait 5, mais elle était moins grosse.

Avec l'écraseur linéaire, M. Chassaignac enleva la partie exubérante de la *portion vaginale* du col, après avoir préalablement disséqué la vessie pour l'éloigner.

L'opération fut suivie de quelques accidents sérieux, mais ils n'eurent pas de suite grave, et cette malade se rétablit complétement. Elle a été revue trois ans après, et la guérison se maintient. Sans vouloir juger l'opportunité de l'opération, est-il nécessaire de faire remarquer qu'avec le prolapsus il y avait surtout une hypertrophie de la portion vaginale, et que cet état anatomique n'a aucun rapport avec celui qui a été décrit par M. Huguier dans la deuxième partie de son mémoire.

C'est une femme de trente-quatre ans qui fait l'objet de la deuxième observation. Il est dit qu'elle avait un prolapsus utérin considérable, qu'elle éprouvait de vives douleurs dans le ventre et une gêne extrême dans la marche. Le col hypertrophié sortait de trois travers de doigt hors la vulve. Une sonde introduite dans l'utérus pénétrait à 9 centimètres seulement. Avec l'écraseur linéaire, on retrancha la portion hypertrophiée du col. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident, et un mois après la guérison était complète. Cette guérison ne s'était pas démentie au bout de plusieurs mois.

Enfin la troisième observation est intitulée : *Précipitation de l'utérus tout entier hors la vulve, avec hypertrophie du col.*

Vingt-quatre ans, domestique, entre à l'hôpital le 21 juin 1858.

Accouchée pour la première fois il y a quinze mois; elle n'avait éprouvé aucun accident du côté des organes de la génération avant cette époque. Depuis lors, elle souffrit beaucoup, et il y a sept mois qu'elle fut atteinte de chute complète de l'utérus, à la suite de fatigues et d'excès de travail. La menstruation s'est conservée régulière, mais la malade est chloro-anémique à un haut degré.

Le col de l'utérus est hypertrophié, il a le double de son volume normal, l'orifice est béant, la lèvre inférieure est ulcérée et le périnée déchiré.

La matrice est *tout entière hors la vulve*, ayant entraîné la vessie et le rectum. Son fond se trouve en arrière, et le col en avant.

Au-dessus de ce fond, qu'on reconnaît parfaitement, on peut adosser l'une à l'autre la vessie et le rectum, de manière à s'assurer que l'utérus n'est plus retenu dans sa précipitation que par des tissus membraneux.

Le doigt porté dans le rectum fait trouver le fond de l'utérus à l'extérieur de la vulve et le cul-de-sac que forme en bas la cavité du rectum.

Après avoir infructueusement essayé pendant dix jours de divers pessaires, M. Chassaignac pratique l'amputation du col avec l'écraseur, le 2 juillet.

A part une attaque d'hystérie et quelques douleurs de ventre, l'opération n'est suivie d'aucun accident, et cette femme sort parfaitement guérie de son prolapsus à la fin de novembre.

La rectocèle et la cystocèle ont considérablement diminué, sans avoir complétement disparu.

Elle n'a pas été revue depuis.

Quant aux trois autres malades traitées par notre savant confrère, je tiens de lui qu'elles ont été opérées par le même procédé, qu'il n'a pas eu d'accidents graves, et que le résultat paraît avoir été heureux

Conclusions. — Si je ne m'abuse, messieurs, je crois qu'il résulte du long examen critique que j'ai fait du travail de M. Huguier :

Sur le premier point :

1° Que l'allongement hypertrophique de la portion *intra-vaginale* du col de l'utérus est une affection depuis longtemps bien connue et bien décrite ;

2° Qu'on ne saurait confondre cet état ni avec un abaissement de l'utérus peu marqué, ni surtout avec un abaissement

dans lequel une portion plus ou moins considérable de l'organe a franchi l'anneau vulvaire ;

3° Que le palper abdominal, que l'introduction du doigt dans le vagin et le rectum, et que l'inspection directe suffisent dans tous les cas pour établir un diagnostic certain sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme utérin, moyen qui peut avoir les conséquences les plus funestes et qu'il faut réserver pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels il peut servir à éclairer le diagnostic de certaines affections utérines ;

4° Que les moyens médicaux convenablement employés, et que les cautérisations surtout, suffisent à peu près à tous les cas;

5° Que dès lors il ne convient pas de généraliser l'amputation de cette portion de l'utérus même dans les conditions qui ont été posées par notre savant collègue ;

6° Enfin que, malgré les observations rapportées par lui et tirées de sa pratique, cette opération doit être considérée comme une des plus graves de la chirurgie. Il ne faut pas oublier qu'elle a déjà coûté la vie à plusieurs malades.

Sur le second point :

1° Que l'allongement hypertrophique limité à la portion *sus-vaginale* du col n'existe pas ;

2° Que l'état décrit par M. Huguier sous cette dénomination n'est autre chose que l'hypertrophie de l'utérus dans sa totalité (hypertrophie qui est surtout apparente vers l'extrémité inferieure du col ou dans le corps de l'organe) ; ou un allongement de l'organe sans hypertrophie, et quelquefois même avec atrophie;

3° Que cet allongement de l'utérus avec ou sans hypertrophie était connu, ainsi qu'on peut le voir dans les ouvrages de M. Cloquet, de Dugès et Boivin, de M. Cruveilhier, etc.;

4° Que les auteurs, depuis qu'on a sérieusemont étudié les affections utérines, n'ont pas confondu cette disposition anatomique avec la chute complète de l'utérus ;

5° Qu'ils ont insisté, au contraire, sur cette hypertrophie

partielle ou générale qu'ils ont considérée comme cause ou conséquence de l'abaissement ;

6° Que la chute de l'utérus, dans laquelle une *portion de l'organe seulement* a franchi la vulve, est déjà rare ; mais que *la chute complète* est beaucoup plus rare encore ;

7° Que, toutefois, il y a dans la science des exemples incontestables de cette chute complète, et qu'il n'est pas de chirurgien un peu répandu qui, dans le cours de sa carrière, n'en ait vu quelques cas ;

8° Que le diagnostic de l'abaissement utérin à ses divers degrés s'établit avec toute la précision *nécessaire*, à l'aide des modes d'exploration qui sont généralement employés (*palper abdominal*, *toucher rectal et vaginal*, *palper de la tumeur vulvaire*), etc. ;

9° Que la sonde utérine, outre ses dangers, ne permet en aucune façon d'apprécier l'épaisseur des parois de la matrice ; que, pour cette raison et pour d'autres encore, elle peut laisser ignorer la véritable longueur de l'organe, et que, d'ailleurs, elle ne peut fournir le moindre renseignement sur les dimensions des autres diamètres de la matrice ;

10° Que l'opération proposée par notre collègue pour quelques-uns de ces abaissements, comporte tous les dangers dont j'ai parlé à propos de la simple amputation du col, et qu'en outre elle est rendue beaucoup plus périlleuse par l'étendue plus considérable de la plaie utérine et par le voisinage du péritoine, qu'en arrière surtout on est très exposé à blesser.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop louer les recherches persévérantes de notre savant collègue ; et quoiqu'il ait, à mon sens, élevé des prétentions un peu trop grandes sur des questions qui n'étaient pas aussi ignorées qu'il a bien voulu le dire, ces recherches ont le grand mérite d'avoir fixé l'attention sur des points qui n'étaient pas peut-être assez généralement connus, et d'avoir montré que pour des cas extrêmes, qui sont heureusement fort rares, la chirurgie n'était pas désarmée entre des mains habiles.

En ce qui me concerne, je m'estimerai heureux si j'ai fait passer dans l'esprit de mes collègues la conviction profonde

qui m'anime, à savoir qu'on est beaucoup plus utile aux malades en s'abstenant d'une opération aussi grave, qu'en voulant à tout prix les guérir radicalement d'une simple infirmité sérieuse sans doute, mais qui leur laisse en général toute leur liberté d'action, et qui, dans tous les cas, ne met jamais leur vie en danger, quand elles sont entourées de soins bien entendus.

—

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un membre de la commission du prix Civrieux, en remplacement de M. Lagneau, qui s'est récusé.

M. Gibert obtient l'unanimité des suffrages.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Sur quelques difficultés de diagnostic dans les maladies chroniques des organes pulmonaires, par M. le docteur René Briau.

La Revue médicale française et étrangère. 31 mars.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 7.

Le Progrès, n. 13.

L'Abeille médicale d'Athènes.

La Revue thérapeutique du Midi, n. 6.

Répertoire de pharmacie. Mars.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 18.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 13.

L'Abeille médicale, n. 14.

La France médicale et pharmaceutique, n. 14.

Gazette médicale de Paris, n. 14.

La Clinique européenne, n. 14.

L'Union médicale, n. 38 à 40.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 38 à 40.

Gazette des hôpitaux, n. 38 à 40.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 13.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Basses-Alpes, de l'Ain et de l'Oise. — Un rapport de M. Lamotte, chirurgien de la marine, sur une épidémie de scarlatine qui a régné dans l'Isle-Molène. — Treize rapports de M. le docteur Danvin sur diverses épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais). (*Commission des épidémies.*)

II. Le rapport de M. le docteur Privat sur le service médical de la Malou (Hérault) pendant l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur Barrié sur le service médical des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

III. La recette et l'échantillon d'un remède contre la chlorose, la leucorrhée, l'anémie, etc. — Le même ministre prie l'Académie de hâter le rapport qu'elle doit faire sur la méthode de traitement des scrofules présentée par le sieur Le Couppey. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1858 dans le département de l'Ariége. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Rapport sur les eaux mères de Salins, par M. le docteur

LÉGER, ex-médecin inspecteur de ces eaux. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Influence que peut avoir sur la santé publique l'usage des agglomérés de houille préparés au moyen du goudron obtenu pendant la fabrication du gaz de l'éclairage, par M. HENRY LESPIAU. (*Commissaires* : MM. Devergie, Bouchardat et Wurtz.)

III. Quelques mots sur l'iopompe et sur le vaccin de revacciné, par M. LALAGADE. (*Commission de vaccine.*)

IV. M. le docteur THUILLIER DE LÉTANG présente à l'Académie un appareil qu'il désigne sous le nom d'*ingurgiteur*, et qui a été fabriqué par M. MATHIEU.

V. MM. les docteurs MACARIO (de Lyon) et LEREBOULLET (de Strasbourg) prient l'Académie de comprendre leurs noms dans la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi à la commission.*)

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique en remplacement de M. Chomel.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Denonvilliers;

En deuxième ligne, MM. Ménière et Barthez (*ex æquo*);

En troisième ligne, M. Roger;

En quatrième ligne, MM. Guéneau de Mussy et Hardy (*ex æquo*).

Votants, 74 ; majorité, 38 :

MM.	Denonvilliers obtient.	43 voix.
	Ménière.	15
	H. Roger	11
	Barthez.	3
	Billets blancs.	2

En conséquence, M. DENONVILLIERS est élu membre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

DISCUSSION.

Sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de descente, de précipitation de la matrice, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col utérin suivant la variété de la maladie.

M. Huguier : Je commencerai par remercier M. Depaul de l'opinion bienveillante qu'il a exprimée ici sur la nature de mes travaux en général, et particulièrement sur l'étendue et l'importance de celui qui se discute en ce moment. Toutefois, messieurs, il faut bien se garder de prendre à la lettre ces sortes de compliments, qui souvent ne sont que des *précautions oratoires* et des *convenances* académiques. En effet, mon honorable et savant collègue m'a offert des fleurs qui étaient, comme vous avez pu le voir, mêlées à beaucoup d'épines, auxquelles je me serais fortement piqué les doigts si je les eusse acceptées sans inventaire.

En venant émettre devant vous les idées que renferme mon travail, je devais m'attendre à une discussion, et j'ai été le premier à comprendre qu'elle devait être nécessaire. Mais c'était à la condition qu'on ne me prêterait pas des opinions qui me sont étrangères ; que celles que j'ai exprimées seraient exactement exposées ; que les faits que j'ai rapportés ne seraient pas tronqués ; et qu'on ne m'accuserait pas d'omissions qui sont tout à fait imaginaires.

Je vais répondre à M. Depaul ; je le suivrai pas à pas dans son argumentation, qui ressemble, je le dis avec peine, plutôt à une sorte de réquisitoire qu'à un examen scientifique.

— M. Depaul proteste contre cette assertion.

— M. Huguier : Cet examen a été fait avec un esprit que je ne saurais définir, et qu'une comparaison qui ne peut froisser notre collègue fera peut-être comprendre. Il se rapproche un peu trop, selon nous, de celui de certains architectes inspecteurs qui, dans la visite d'une construction qu'ils n'ont

pas élevée, apercevant une *légère fissure*, notent sur leurs tablettes : *grande crevasse ; — un petit renflement* sur la surface d'une muraille, qui fait que toutes ses parties ne sont pas de niveau, inscrivent : *ce mur n'est pas d'aplomb ; il menace ruine ; malheur aux passants !* et demandent à l'autorité, dans l'intérêt de la sûreté publique, la démolition de l'édifice. M. Depaul, qui est très sensible et philanthrope, après avoir examiné mon travail, ne sait que gémir sur le sort des pauvres femmes qui sont passées sous ma main ; il s'écrierait volontiers devant l'autorité scientifique : « Ne laissez pas passer les idées subversives de M. Huguier, qui viennent troubler notre douce quiétude et compromettre la vie des malades. » Je répondrai aujourd'hui à son premier discours, dans lequel il ne s'est occupé que de l'examen de l'hypertrophie sous- ou intra-vaginale.

Notre collègue nous reproche en général :

1° De ne pas avoir fait à nos prédécesseurs la part qui leur revenait ;

2° De ne pas avoir été conséquent avec les préceptes que nous avons posés dans notre travail ;

3° D'avoir proposé et pratiqué une opération grave lorsque d'autres moyens pouvaient réussir.

Eh bien ! messieurs, ce sont là autant d'objections qui vont s'écrouler comme un château de cartes sous le souffle de la vérité.

M. Depaul m'accuse d'exagération pour ne pas avoir poussé mes recherches bibliographiques assez loin, et m'être attribué, en quelque sorte, le bénéfice de la découverte et de la description de l'allongement hypertrophique de l'utérus, aux dépens des auteurs qui m'ont précédé, et il m'a plus spécialement reproché de ne pas avoir parlé des travaux de madame Boivin et de M. Herpin.

Je ne saurais, messieurs, accepter ce reproche, et vous allez voir qu'il n'est pas fondé. Dans les premières pages de mon travail, j'ai passé successivement en revue ce que nous avaient dit :

Morgagni, dans sa 45e *Lettre ;* — Leroux (de Dijon), dans

son ouvrage *sur les pertes de sang des femmes en couches;* — Ségard, dans sa *Dissertation sur les polypes utérins;* — Bichat et Buisson, dans leur *Anatomie descriptive;* — Désormeaux, dans le *Dictionnaire de médecine;* — Dugès et Boivin; — Chelius; — Lisfranc, qui tous ont considéré cet état comme *une anomalie ou un vice de conformation;* — P. Boyer; — Virchow, qui le désigne sous le nom de *polype des lèvres ou de prolongement en forme de trompe;* — Scanzoni (*Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme,* 1858), sous celui d'*hypertrophie primitive.*

Mais voyons en particulier le reproche que nous a adressé notre savant collègue de n'avoir rien dit du travail de M. Herpin (de Genève), et de n'avoir cité dans notre mémoire qu'*une phrase assez concise de l'ouvrage de Dugès et Boivin,* qui cependant, d'après lui, seraient entrés dans d'assez longs détails sur cette affection. Et d'abord voyons si notre collègue ne s'est pas trompé en disant que nous n'avions cité qu'un passage écourté de ces auteurs.

1° A la page 4 de mon travail, je dis : « Dugès et Boivin ont représenté un exemple d'allongement hypertrophique du col. »

2° A la page 6, en parlant des complications, après avoir indiqué les principales, je dis : « Cet état peut être compliqué d'abaissement et de descente de la matrice, mais jamais, que je sache, de chute complète ou de précipitation de cet organe, ce qui ne veut pas dire que cet état ne se rencontrera pas. Il se serait déjà présenté à l'observation de Dugès et Boivin, d'après les deux premières figures de la XIe planche de leur Atlas, figures qui sont dans le texte sans explication ni description, et qui sont désignées sous les noms d'*élongation, prolongement du col de l'utérus, sa forme aplatie et prolapsus de cet organe.* »

3° A la page 156, en parlant de l'allongement sus-vaginal, je dis : « De plus, pour admettre, avec Dugès et Boivin, que cet agrandissement longitudinal soit un phénomène consécutif de la chute complète de l'utérus, il faudrait supposer que cet organe, etc... »

4° A la page 51, se trouve entièrement rapporté le passage qu'on nous accuse d'avoir laissé dans l'ombre.

5° J'ai fait plus, messieurs, tant je tenais à être juste envers les auteurs qui m'avaient précédé, j'ai fait représenter dans mon atlas les deux figures de madame Boivin; mais il faut bien que vous sachiez qu'aucune description, ni dans l'explication des planches, ni dans le texte, ne les accompagne. C'est là un fait brut qui ne peut donner qu'une idée de la forme d'une même pièce qui a été représentée sous deux faces différentes; elle fut donnée à madame Boivin par M. Cloquet.

Maintenant, examinons si, d'après le peu de mots qu'en ont laissé Dugès et Boivin, on peut dire, avec M. Depaul, que ces auteurs étaient entrés dans d'assez longs détails sur cette affection, et que, dès l'année 1833, l'hypertrophie du col était assez bien connue. Dans leur long article sur les lésions de situation de l'utérus, à la page 87, en parlant des symptômes de la descente de la matrice, on lit : « *La main, portée sur l'épigastre, pourra reconnaître le vide que laisse dans l'excavation pelvienne l'abaissement de la matrice; ce sera le meilleur moyen de distinguer la descente de l'élongation du col qu'on a quelquefois rencontrée.* » Mais ils ne disent pas *que nous avons* rencontrée. Plus bas, à la page 91, en parlant du pronostic du prolapsus et des lésions consécutives que cette affection peut amener, on lit cette simple phrase : « *La matrice déplacée se gonfle, s'allonge parfois au point de doubler presque ses dimensions; son col surtout s'accroît dans ce sens.* »

Voilà tout ce que l'on trouve dans Dugès et Boivin dans le long article qu'ils ont consacré à l'histoire de l'hystéroptose. Or, peut-on dire, d'après ce peu de mots, qu'ils avaient beaucoup avancé la question, et qu'ils étaient entrés dans d'assez longs détails sur cette affection? Ils l'ont absolument laissée où Morgagni, que j'ai cité très longuement, l'avait amenée.

Plus loin, ces auteurs, dans la section de leur ouvrage où ils décrivent les altérations de forme et de volume de l'utérus, page 193, article D, répètent la phrase précédente, en ajoutant que « *tantôt une des lèvres seulement peut acquérir cette longueur démesurée, et qui peut être portée au point de faire sail-*

lie hors de la vulve. » Ils n'ont fait en cela que reproduire ce qu'avait dit Leroux (de Dijon). Puis ils terminent en citant quatre auteurs qui ont signalé cet allongement de la portion sous-vaginale du col.

Dans tous ces passages, il n'y a qu'une indication du fait anatomique, qui est considéré par ces auteurs comme un simple vice de conformation, mais non une description anatomo-pathologique, et encore moins dogmatique, où les causes, les signes physiques et physiologico-pathologiques, le diagnostic et le traitement soient indiqués.

Désormeaux le premier, et non Dugès et Boivin, qui n'ont fait que le répéter, avait dit, *dès* 1822, que, *par le toucher hypogastrique, on sent dans la descente la situation basse du fond de l'utérus, ce qui la distingue de l'allongement du col*, et j'ai pris soin, dans mon historique, de rappeler ce qu'avait fait Désormeaux. Mais, messieurs, ce n'est pas seulement avec la descente de l'utérus que l'allongement hypertrophique de la portion intravaginale du col peut être confondu. Il peut l'être tout aussi bien, dans certains cas, avec un polype ordinaire, un polype creux, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe, ou une hydropisie de cette partie, et personne, jusqu'à ce jour, n'avait donné les caractères qui différencient cette affection des lésions que je viens d'indiquer.

Quant aux deux faits de M. Herpin, que M. Depaul a si singulièrement et à son goût habillés et travestis, au point que je ne les reconnaissais pas, et qu'à la fin de la séance j'ai été obligé de lui demander où il les avait puisés, je n'en ai pas parlé, parce que rien ne prouve que ces deux cas étaient des hypertrophies du col, puisque l'auteur, qui les désigne sous le nom d'*allongement démesuré du col de la matrice*, ne sait lui-même à quelle lésion il avait affaire. Il se demande si cette altération était un état variqueux ou œdémateux. Voici ses paroles : « *De quelle nature est cette altération? Est-ce un* » *état variqueux ou œdémateux? Cette maladie a-t-elle une* » *analogie de structure avec l'allongement de la luette? Les* » *astringents et le nitrate d'argent réussiraient-ils comme dans* » *la procidence de la luette?* » Nous voilà bien loin, comme

vous voyez, de l'hypertrophie du col dont M. Herpin ne semble pas se douter, car il ne prononce pas même ce mot. Au contraire, les caractères que présentaient ces tumeurs démontrent d'une manière presque évidente qu'elles n'étaient que des tumeurs œdématiées. Je vais lire le passage de l'article de M. Herpin qui démontre que ce devait être, en effet, un gonflement œdémateux.

De plus, la première malade de ce médecin était enceinte de trois mois lorsqu'il constata, pour la première fois, son gonflement du col, et vous n'ignorez pas que j'ai formellement dit que je ne voulais m'occuper dans ce travail que de l'hypertrophie longitudinale, *hors l'état de gestation*. Vous êtes allé chercher dans l'arsenal scientifique des armes contre moi, mais vous n'avez pas su les choisir, et, après les avoir chargées, elles ont éclaté dans vos propres mains.

Je crois m'être suffisamment lavé devant l'Académie du reproche de ne pas avoir poussé assez loin mes recherches bibliographiques, et d'avoir en quelque sorte enlevé à Dugès et à Boivin une partie de leurs travaux ; je passe à la réfutation d'une autre objection.

C'est à tort que M. Depaul me fait dire qu'il n'est pas rare de voir des allongements hypertrophiques de la portion sous-vaginale qui aient plus de 6 *ou* 7 *centimètres d'étendue*. Nulle part, dans mon travail, je n'ai émis cette opinion. Je n'ai pas même parlé du plus ou du moins de fréquence de la maladie.

A entendre notre collègue, j'aurais négligé de dire que cet état pouvait n'être, dans quelques cas, qu'une simple anomalie de forme. C'est là une erreur, comme on peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur la page 12, où je dis, en parlant des causes et du développement, que, « *dans quelques cas, elle n'est qu'une sorte d'anomalie qui ne cause aucun trouble ni accident*. »

Notre collègue s'est encore préparé un petit triomphe très aisé à remporter en me faisant dire que le diagnostic de cette affection est difficile. Non, je n'ai pas dit cela. J'ai fait, au contraire, remarquer, pages 3 et 8, qu'il était très aisé de distinguer, par le simple toucher, l'allongement ordinaire de

l'abaissement et de la descente de la matrice. Mais il est des cas que M. Depaul semble ignorer ou n'avoir jamais rencontrés, dans lesquels la partie hypertrophiée peut offrir des formes et des dispositions particulières qui la font ressembler au toucher à un polype ordinaire, à un polype creux, ou bien à un allongement hydropique du col, cas qui m'ont fait dire, page 9 : « Le col hypertrophié peut être bifide, présenter différentes altérations de forme et de structure que le doigt seul ne peut juger exactement, et il peut être alors nécessaire de recourir à l'application du spéculum... et, dans certains cas où il peut rester du doute, à celle de l'hystéromètre. » D'où les foudres que vous avez entendu lancer par notre savant collègue contre l'innocent spéculum et la terrible sonde utérine. Deux mots à cet égard : je demanderai à M. Depaul en quoi peut être nuisible, lorsque cela paraît nécessaire, une application du spéculum, quand la vulve, le vagin et l'utérus ne sont pas le siége d'une inflammation aiguë ou d'une affection cancéreuse grave? Quant à sa diatribe contre l'hystéromètre, c'était aussi bien un hors-d'œuvre déplacé dans cette discussion; mais qu'il prenne patience, d'ici à peu je lui donnerai l'occasion de prononcer un troisième discours sur ce sujet, car je viendrai lire à cette tribune un travail sur cette méthode d'exploration, travail où j'exposerai, avec tout autant d'indépendance et de conscience qu'il pourrait le faire, les avantages et les inconvénients de ce nouveau moyen de diagnostic. D'ici là, qu'il occupe son temps à rechercher en France et à l'étranger toutes les victimes qu'a faites l'hystéromètre! Mais qu'il le sache bien, il ne dépendra ni de lui ni de moi d'empêcher l'hystérométrie de faire le tour du monde médical; qu'il soit certain qu'elle n'expirera pas de fatigue après sa longue course.

Je connais plusieurs praticiens qui, dans les Sociétés savantes, se sont élevés contre la sonde utérine, et qui en ont une au fond de leur poche. Grande a été ma surprise, à la dernière séance, de voir M. Depaul en tirer une de la sienne; je croyais d'abord que c'était un tube laryngien modifié! Mais non, c'était bien une sonde utérine, qu'il manie fort bien, je

vous assure, ce qui prouve qu'il doit s'en servir assez souvent. Qui sait, il y en a peut-être encore de ce côté de l'Académie qui se perdent dans des poches bien profondes!

Je voudrais bien savoir comment M. Depaul s'y prendrait pour distinguer, sans un stylet ou l'extrémité de l'hystéromètre, un allongement ovoïde du col dont la grosse extrémité serait dirigée vers la vulve, ou une hypertrophie de l'une des lèvres, avec effacement de l'autre, et un rétrécissement plus ou moins considérable de l'orifice utérin, au point que le doigt, passant par-dessus, ne puisse le sentir, d'avec un polype d'une des lèvres, ou de l'intérieur de l'orifice plus ou moins effacé et non visible à la base du polype, — ou bien d'avec un de ces polypes creux qui, dans certaines circonstances, ont tant d'analogie avec le museau de tanche, au point que les hommes les plus haut placés et les plus expérimentés s'y sont trompés (Hoin père, Collin, Laumonier, Richerand, Boivin, et même MM. Cloquet et Velpeau). Si je cite ces deux derniers noms, c'est que les faits qui les concernent sont inscrits dans les annales de la science.

Notre collègue m'a encore reproché d'avoir trop séparé, trop individualisé les deux espèces d'hypertrophie longitudinale, qui, selon lui, devraient se rencontrer dans certains cas réunis sur le même utérus. Mais, messieurs, à qui la faute si j'ai agi ainsi? A la nature, qui me les a toujours montrées séparées et jamais réunies, et, quelque étonné que j'aie été de cette disposition, il a bien fallu me rendre à l'évidence des faits que j'ai observés, tant sur le cadavre que sur la femme vivante, et lors de ma première lecture, je vous en ai montré un exemple très curieux. Où sont donc les faits d'anatomie pathologique que M. Depaul peut m'opposer? Il ne peut pas même arguer de son expérience et s'appuyer sur les cas qu'il a observés sur les malades, puisqu'il a une sainte horreur du cathétérisme utérin, et que, par conséquent, il n'a pu se rendre compte de la hauteur absolue et relative des deux portions de l'utérus situées au-dessus et au-dessous de l'insertion vaginale.

Entrons maintenant dans le cœur de la question et occu-

pons-nous du traitement. M. Depaul préfère à l'amputation la cautérisation avec le fer rouge, que personne, dit-il, ne mettra en parallèle, sous le rapport du danger, avec l'amputation du col. Et moi aussi je préfère cette cautérisation dans certains cas d'hypertrophie, dans celles, par exemple, qui n'ont que 3 ou 4 centimètres d'étendue, et quand il existe en même temps un engorgement, un ramollissement, un état fongueux ou variqueux du col... Mais pour ceux qui ont de 5 à 7 centimètres, la cautérisation est inutile, et l'amputation doit être pratiquée lorsqu'ils déterminent des accidents. L'expérience m'a démontré que ces hypertrophies étendues résistent à tous les autres moyens. Dans ces cas, la cautérisation, même au fer rouge, est inutile, parce que son action résolutive est nulle et son action destructive tout à fait insuffisante. Elle mortifie tout au plus une épaisseur de 3 à 4 millimètres de tissus. Il faudrait donc y revenir un trop grand nombre de fois pour obtenir un résultat avantageux. Le traitement serait d'une durée décourageante, sans compter qu'à force de tourmenter ainsi la partie, on pourrait bien causer quelque inflammation grave ou déterminer une dégénérescence organique. Et lors même qu'on n'aurait pas à craindre ces accidents, je suis convaincu par l'expérience de faits analogues que le plus souvent on ne réussirait pas à détruire par cette méthode l'excès de longueur du col, parce que l'excès de la force assimilatrice, qui est le cachet propre de cette affection, reproduirait, dans l'intervalle de chaque cautérisation, presque autant et peut-être plus de tissu qu'on n'en aurait détruit. Quand on étudie avec attention les effets de la cautérisation utérine avec le fer rouge, on voit qu'elle est beaucoup plus grave qu'on ne le croit généralement, et qu'on ne le croirait au premier abord. En effet, si toutes les précautions sont bien prises, si le chirurgien est bien aidé, l'opération est prompte et peu douloureuse au moment de l'action, et dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures qui la suivent, la malade n'éprouve ni fièvre, ni souffrance; mais lorsque le travail d'élimination se manifeste, c'est-à-dire quatre ou cinq jours après, on voit naître une inflammation utérine plus ou moins étendue et

intense, qui est quelquefois suivie de fièvre, de péritonite, d'ovarite, de phlébite ou d'angioleucite et d'abcès pelviens, accidents que l'on songe d'autant moins à attribuer à la cautérisation, qu'ils ne se sont ostensiblement montrés que longtemps après.

Dans les cas d'allongement qui ont de 5 à 7 centimètres d'étendue, je préfère l'amputation à la cautérisation, parce qu'elle débarrasse de suite et sûrement la malade; parce qu'elle l'effraye moins; parce que, bien que la cautérisation ne soit pas très douloureuse, l'amputation l'est encore moins; parce que la guérison est beaucoup plus prompte; parce qu'elle n'expose pas autant à des inflammations péri-utérines; parce que, dans le cas d'hypertrophie, cette opération est moins grave que quand on la pratique pour un squirrhe, un encéphaloïde ou un ulcère épithélial de cette partie, circonstances dans lesquelles on est souvent obligé, pour enlever la totalité du mal, de remonter assez haut, de couper tout près de l'insertion du vagin ou dans cette insertion même; tandis que pour l'hypertrophie, on doit faire la section à un centimètre environ au-dessous. Elle est aussi, dans cette circonstance, suivie de moins d'accidents, parce qu'elle est pratiquée dans un tissu sain; parce que, dans ce cas, on peut et on doit amputer le col presque sur place sans faire éprouver à l'utérus et à ses ligaments aucuns froissements ni tiraillements : manœuvres très souvent dangereuses qu'il faut éviter avec soin. L'hémorrhagie est également moins fréquente, moins abondante, et peut être arrêtée beaucoup plus facilement.

L'*hémorrhagie* dont on vous a fait un épouvantail, et qu'on vous a représentée comme un accident des plus graves, peut, au reste, aujourd'hui être prévenue presque à volonté par le chirurgien, soit qu'il se serve de l'écraseur linéaire, soit qu'il couvre la plaie de boulettes de charpie trempées dans la solution de perchlorure de fer, ou qu'il tamponne exactement de suite, et par précaution, l'ouverture vulvo-vaginale; tamponnement qui, dans ce cas, n'a pas les inconvénients qu'il pourrait avoir lorsqu'on y a recours après une opération faite pour une

lésion organique de l'utérus. Mais il vaut mieux s'en dispenser d'abord et laisser une certaine quantité de sang s'écouler et n'arrêter cet écoulement qu'autant qu'il devient très abondant, et pour cela on devra laisser un aide expérimenté auprès de la malade, et la grande objection de l'hémorrhagie tombera d'elle-même. Au surplus, et je puis en parler avec quelque connaissance de cause, car, à part les 14 amputations de la portion sus-vaginale du col que j'ai rapportées dans mon travail, j'ai pratiqué au moins 30 fois l'amputation de la portion sous-vaginale pour différentes lésions de cette partie, et je n'ai pas encore vu une seule hémorrhagie être mortelle et qui n'ait pu être facilement arrêtée.

D'ailleurs, on juge l'innocuité ou la gravité d'une opération non-seulement d'après cette opération en elle-même, mais encore et surtout d'après les affections pour lesquelles elle a été pratiquée, et le nombre de succès et de revers qu'elle a offerts dans chaque cas particulier. Ainsi je vois, par celui qui nous occupe, qu'à part les 7 cas qui me concernent et qui ont été suivis de plein succès, MM. Follin, Broca, Marchal (de Calvi), Bertet (de Cercoux), chacun une fois, Ph. Boyer deux fois, l'ont aussi pratiquée avec le même bonheur et ont guéri leurs malades des accidents qu'elles éprouvaient.

Un des hommes les plus estimés de l'Allemagne, le professeur Scanzoni, dont l'ouvrage vient de paraître tout récemment, dit, page 65 : « Pour ce qui concerne le traitement (de cette hypertrophie), nous avons si souvent constaté le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques, tant généraux que locaux, que maintenant nous ne pratiquons plus que l'amputation de la partie hypertrophiée. »

Vous voyez, messieurs, que, si je suis dans l'erreur en agissant et en conseillant d'agir ainsi, j'y suis en bonne compagnie.

Notre collègue nous a également reproché de n'avoir pas toujours conformé notre conduite à nos préceptes, en amputant plus d'un col utérin dont la longueur ne dépassait pas 4 à 5 centimètres et avant d'avoir essayé d'autres moyens. Je ferai observer à M. Depaul que cela ne nous est jamais arrivé dans

les cas d'hypertrophie simple de cette étendue, mais bien dans ceux compliqués d'antéversion ou de rétroversion, affections dans lesquelles les fonctions recto-vésicales peuvent être très sérieusement troublées par l'allongement du col, sans que cet allongement soit très considérable. C'est ce qui avait lieu pour les malades des 9e et 10e observations, qui avaient été traitées pendant longtemps et inutilement par des médecins habiles.

Il ne faut pas que le chirurgien ressemble au Satyre de la Fontaine, qui ne savait distinguer les cas dans lesquels la bouche doit souffler le chaud ou le froid.

Si M. Depaul se fût donné la peine de lire le petit paragraphe qui est au bas de la page 36 de notre mémoire, il eût vu que notre conduite n'était pas en désaccord avec nos préceptes. Quand par hasard il nous est arrivé d'opérer une malade sans avoir essayé d'autres moyens, c'est qu'elle avait déjà été soignée inutilement pendant un temps assez long par des médecins distingués.

Notre collègue est tellement difficile et rigoureux en fait d'observations, qu'il n'a pu en trouver qu'une seule où il n'y ait eu quelque chose à reprendre. Voyons si ses objections sont fondées, et s'il n'eût pas dû s'en abstenir en analysant plus fidèlement nos faits.

Analyse des observations. — Observations 1 *et* 2. — M. Depaul me demande comment, dans l'observation 1, le col, qui a 7 centimètres de long, ne se présente pas à la vulve, tandis que, dans l'observation 2, le col, qui n'a que 4 centimètres, fait saillie à cette ouverture. — *Cette particularité lui paraît assez difficile à expliquer.* — Avant de donner aucune explication, disons à M. Depaul qu'il se trompe. Pour le n° 1, le col venait faire saillie à la vulve (p. 18, 19), comme chez le n° 2.

M. Depaul se calomnie lorsqu'il dit que cette particularité lui paraît difficile à expliquer.

L'explication qu'il me demande lui serait donnée par un étudiant de troisième année.

Voici, au reste, un passage de mon mémoire qui va la lui

donner (page 6) : « Cet état peut être compliqué d'inflammation aiguë ou chronique, d'ulcération, de folliculité, de kystes folliculaires, de tumeurs fibreuses, de déviations, d'*abaissement* ou de *descente* de la matrice..... »

Observation 3. — M. Depaul dit que l'opération a été faite pour un *corps fibreux*. Voyez page 22 et l'atlas, vous verrez que l'opération a été pratiquée pour un allongement de 7 centimètres 1/2, compliqué de la présence d'un petit corps fibreux du volume d'une noisette.

Observation 9. — M. Depaul dit qu'elle fut opérée pour une tumeur folliculaire, parce que cinq ou six follicules ou œufs de Naboth étaient plus développés qu'à l'état normal. Elle fut amputée parce qu'elle avait tout à la fois un allongement de 4 centimètres 1/2, une rétroversion et des petits kystes folliculaires qui causaient des accidents graves et qui avaient été longtemps et inutilement traités à la Maison de santé.

Dans les observations 4 et 6, l'opération, dit M. Depaul, ne paraît pas avoir été suffisamment indiquée par la maladie. — *Dans la première*, une hernie concomitante *pouvait très bien rendre compte* des coliques, des douleurs abdominales dont se plaignait la malade, qui a eu *une hémorrhagie après l'opération.*

Ce sont là deux erreurs avancées par M. Depaul (voyez p. 24 *bis* et 24 *ter*). Vous verrez que la malade avait éprouvé à plusieurs reprises des accidents utéro-ovariques, et que, dans deux passages de l'observation, il est dit que la hernie était facilement maintenue, que la malade n'en souffrait pas, et qu'aujourd'hui encore, neuf ans après l'opération, elle ne lui cause aucune souffrance.

Pour la malade observation 6, M. Huguier a amputé *neuf mois* après l'accouchement, c'est-à-dire à une époque où le col chez tant de femmes est plus gros qu'il ne doit être, pour peu qu'il reste d'inflammation chronique, avant d'avoir employé d'autres moyens, l'opération ayant été pratiquée le neuvième jour de l'entrée de la malade, et *alors que la lèvre antérieure du col n'avait que 3 centimètres de long*. D'après

M. Huguier, *cette femme serait sortie guérie le onzième jour de l'opération*, ce qui me paraît impossible.

A part la supposition toute gratuite que fait notre collègue, et que rien ne justifie, savoir, que le col ait été le siége d'inflammation chronique, il commet encore trois erreurs ; car cette femme avait été traitée avant son entrée à l'hôpital par le docteur Contour, et l'allongement hypertrophique, au lieu de porter seulement sur la lèvre antérieure et de n'avoir que 3 centimètres, portait sur les deux lèvres et sur la base du col, qui est allongée de 2 centimètres, ce qui, avec sa longueur normale, qui est au moins de 1 centimètre 1/2, produit 3 centimètres 1/2 et donne avec les 3 centimètres de la lèvre antérieure une longueur totale de 6 centimètres 1/2.

Je dois, de plus, montrer que notre collègue est complétement dans une erreur inconcevable, lorsqu'il dit que la malade est sortie guérie onze jours après l'opération. Ce n'est pas onze jours après l'opération qu'elle est sortie, mais bien seize jours pleins, ou dix-sept, si l'on tient compte de celui de l'opération, car la malade a été opérée *le* 26 *mai* et n'est sortie *que le* 11 *juin*. Or, le mois de mai a trente et un jours, ce qui fait bien dix-sept. —Vous conviendrez que vous n'avez pas été heureux dans l'analyse de cette observation, au bas de laquelle se trouve la remarque de Leroux (de Dijon) que vous nous accusez de ne pas avoir suffisamment cité dans notre travail.

Je ne saurais trop énergiquement protester contre l'accusation erronée et inqualifiable par laquelle notre collègue a terminé son premier discours, en disant que nous avions deux poids et deux mesures, suivant la classe de la société à laquelle appartiennent nos malades.

Dans la seconde partie de mon travail, et non dans la première, en parlant du pronostic, j'ai fait remarquer, avec raison, que le prolapsus utérin était beaucoup plus grave chez les femmes pauvres que chez les femmes riches; mais nulle part je ne me suis permis de dire que les unes dussent être traitées différemment que les autres. J'ai donc dû être tout à la fois étonné et blessé d'une semblable interprétation

de ma pensée, alors que les faits que venait de passer en revue l'orateur s'élevaient contre sa propre parole.

—

LECTURES.

M. le docteur MARCÉ donne lecture d'un travail intitulé : *De l'état mental dans la chorée.* (Renvoyé à l'examen de MM. Ferrus, Baillarger et Blache.)

(Extrait par l'auteur.)

§ I. — Les troubles des facultés morales et intellectuelles sont très communs chez les choréiques. Sur un nombre donné de malades, les deux tiers au moins en présentent des traces plus ou moins profondes; quant à l'immunité dont jouit l'autre tiers, elle ne peut s'expliquer ni par l'âge ou le sexe des sujets, ni par l'acuïté ou la chronicité de la maladie, ni par l'étendue ou l'intensité des mouvements convulsifs.

§ II. — Quatre éléments morbides, quelquefois isolés, le plus souvent associés les uns aux autres, doivent être étudiés dans l'état mental des choréiques :

1° Des troubles de la sensibilité morale consistant en un changement notable du caractère, lequel devient bizarre et irritable, en une tendance inaccoutumée à la gaieté et surtout à la tristesse.

2° Des troubles de l'intelligence caractérisés par la diminution de la mémoire, une grande mobilité dans les idées et l'impossibilité de fixer l'attention.

3° Des hallucinations, phénomène qui jusqu'ici n'avait jamais été signalé dans la chorée. Ces hallucinations surviennent le soir, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, plus rarement le matin au réveil, quelquefois pendant le rêve. Souvent limitées au sens de la vue, elles s'étendent dans des cas plus rares à la sensibilité générale et même au sens de l'ouïe; on peut les rencontrer dans la chorée pure dégagée de toute complication; mais leur existence est infiniment plus fréquente toutes les fois que la chorée est associée à des symptômes hystériques. Si, dans la grande majo-

rité des cas, ces hallucinations constituent un symptôme sans gravité, elles peuvent, dans certains faits exceptionnels, amener de l'excitation, du délire.

4° Enfin la chorée peut, dès son début ou pendant son cours, se compliquer de délire maniaque. Il en résulte alors un état fort grave qui, dans plus de la moitié des cas, amène la mort au milieu de formidables accidents ataxiques, et même, dans les cas heureux, laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable. Les inhalations de chloroforme, les bains prolongés et d'une manière générale, les antispasmodiques, sont les moyens thérapeutiques qui jusqu'ici ont rendu les plus grands services dans le traitement de ce délire, que tout porte à faire considérer, au moins dans la grande majorité des cas, comme un délire purement nerveux.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie de 1750 à 1792, par A. Louis, recueillis et publiés pour la première fois, au nom de l'Académie impériale de médecine, et d'après les manuscrits originaux, par M. E.-Fréd. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel. Un volume in-8.

Rapport sur une observation de mal perforant des deux pieds, et sur une observation de fracture de la cuisse compliquée d'oblitération de l'artère poplitée, et suivie de gangrène du membre, par M. le baron Hippolyte Larrey.

Note sur la nature et le traitement de la mort apparente du nouveau-né, ar M. Bleynie.

De l'hydrothérapie appliquée au traitement de l'épilepsie et aux affections paralytiques généralisées, par M. le docteur Émile Duval.

Di uno straordinario allorcigliamento del cordone ombellicale e sulla sua probabile causa, par M. le professeur Felice Billi.

De veterum Græcorum gymnastice, par M. le docteur Constantinus Herocles Basiades.

Abhandlungen der mathemat.-physicalischen Classe, vol. VIII.

Journal des vétérinaires du Midi. Mars.

L'Abeille médicale, n. 13.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 14.

Clinique européenne, journal international de médecine, n. 15.

Gazette médicale de Paris, n. 15.

Traité complet des paralysies, par M. A. Landry. Tome I.

De quelques généralités et de quelques considérations applicables à la préparation des alcoolés en teintures alcooliques, par M. E. Mouchon.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Avril 1859.

Della vita et degli scritti di Francesco Rognetta, commemorazione del Dott. Coletti.

Journal de chimie médicale. Avril.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. 30 mars.

Montpellier médical. Avril.

Le Progrès, n. 14.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 19.

La France médicale, n. 15.

L'Union médicale, n. 41 à 43.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 41 à 43.

Gazette des hôpitaux, n. 41 à 43.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, tome XLVIII, n. 14.

Mémoires des concours et des savants étrangers, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique. Tome IV.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements d'Indre-et-Loire et de la Seine-Inférieure en 1858. — Les rapports de MM. les docteurs Desfosses et Stoch sur les épidémies de fièvres intermittentes et typhoïdes qui ont régné à Saint-Loup (Creuse) et à Saint-Avold (Moselle). (*Commission des épidémies.*)

II. L'extrait d'un rapport de M. le docteur Rebory au préfet des Basses-Alpes, sur le service de la médecine gratuite dans le canton de Digne, et principalement sur la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

III. Les recettes et échantillons : 1° d'une pommade contre les maladies des yeux ; 2° d'une solution propre, selon l'auteur, à produire l'iode naissant. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Haute-Saône en 1858. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Essai sur l'intoxication paludéenne des bords du Rhin dans le canton de Geispolsheim (Bas-Rhin) et sur l'état cachectique qui en est la suite, par M. le docteur Brouillet. (*Commission des épidémies.*)

II. Mémoire sur un nouveau mode de traitement de l'entorse, par M. le docteur LEBERT. (*Commissaires :* MM. Laugier et Malgaigne.)

III. M. le docteur PÉ DE LABORDE adresse à l'Académie la relation de plusieurs cas de déviation de la matrice dans lesquels il a appliqué avec succès le cathétérisme du col de l'utérus. (*Commissaires :* MM. Danyau et Laugier.)

—

Discours de M. MICHEL LÉVY.

J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie que notre digne et éminent collègue, M. Bégin, a succombé le 13 de ce mois, à sept heures du soir, aux suites de l'hémorrhagie cérébrale dont il a été frappé il y a deux mois. La lettre que notre président lui a écrite au nom de l'Académie lui était parvenue la veille de sa mort; mais déjà il n'était plus en état de la lire. La perte d'un tel homme est un deuil pour l'Académie, un deuil pour la médecine militaire et pour la profession tout entière. D'autres ont eu plus d'initiative dans la science et plus d'ardeur pour l'innovation; personne n'a possédé à un plus haut degré le bon sens et le jugement, l'amour du bien public, le sentiment exquis de l'honorabilité professionnelle, le désintéressement et l'abnégation. Il avait en lui les trois conditions de la supériorité chirurgicale : la précision du diagnostic, le tact des indications et l'habileté opératoire; il avait aussi le talent de l'élocution et celui de l'écrivain scientifique. Dans nos discussions, il intervenait avec une telle opportunité que dès qu'il demandait la parole on était assuré d'approcher de la solution du débat. Ce n'est pas le moment de rappeler les faits saillants de sa carrière militaire, qui commence à la bataille de la Moscowa, et se termine par une inspection d'Afrique poussée jusque dans le Sahara. L'Académie a un devoir public à remplir envers cette grande et noble mémoire; une pareille tâche plaira, j'en suis sûr, à la verve éloquente et honnête de notre secrétaire perpétuel. Éloigné de mon ancien maître pendant les derniers jours de

sa vie, privé de la consolation des derniers adieux, j'ai voulu, messieurs, vous dire publiquement ma douleur et mes regrets, bien certain de servir en même temps d'interprète aux vôtres.

—

M. le président déclare qu'une vacance est ouverte dans la section d'hygiène publique et de médecine légale par la mort de M. de Keraudren.

—

RAPPORT.

De l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive, par M. le docteur LABOURDETTE. — (*Rapport* de MM. Chatin, Longet, et Bouley, *rapporteur*.)

Messieurs, personne n'ignore, dans cette enceinte, les modifications de saveur et de coloration qu'éprouve le lait des animaux sous l'influence d'alimentations diverses, et spécialement par l'ingestion de certaines plantes, telles que l'alliaire, la garance, la carotte même, etc., etc.

Guidés, sans doute, par cette donnée physiologique, plusieurs médecins, qui s'occupaient spécialement des maladies de l'enfance, ont pensé qu'un lait pourrait devenir médicamenteux, si l'on administrait des remèdes à la nourrice qui le fournit, et de là est venue l'idée du *traitement indirect* des enfants à la mamelle, c'est-à-dire d'un traitement consistant dans l'alimentation avec le lait d'une nourrice, soumise elle-même à l'administration des substances qu'on veut faire prendre à l'enfant.

Les médecins qui ont eu cette idée pensaient que les médicaments ayant éprouvé, pendant leur passage à travers les fluides et les tissus de l'économie, l'action des forces, des modificateurs organiques, se trouveraient incorporés au lait dans un état particulier, une sorte d'*assimilation* qui les rendrait plus faciles à supporter par des organes digestifs aussi délicats que ceux des enfants du premier âge.

Cette méthode, fondée sur des présomptions physiologiques,

ne tarda pas à recevoir la consécration de l'expérience clinique, et bientôt les médecins, à peu près sans exception, qui s'occupaient du traitement des maladies de la première enfance, attachèrent une grande importance au *traitement indirect*. Cette opinion est assez connue et assez généralement partagée pour qu'il nous suffise de citer un très petit nombre des auteurs qui la professent.

On n'a pas oublié que Swediaur, grand partisan de cette méthode, cite, dans le chapitre IV du titre II de son *Traité des maladies vénériennes*, l'exemple d'une famille régnante en Europe dont aucun enfant n'avait vécu avant l'application de la méthode qu'il préconise.

Bertin, sans être aussi enthousiaste du traitement indirect, lui accordait cependant une véritable importance :

« Le lait de la nourrice, dit-il, suffit assez souvent pour » guérir l'enfant qui lui est confié, surtout quand elle n'en a » qu'un ; mais comme on est quelquefois obligé de suspendre » le traitement, à cause des différentes affections qui survien- » nent à la nourrice, comme elle a quelquefois trop peu de » lait, quand surtout, partagé entre deux enfants, *il ne four- » nit pas assez de molécules mercurielles* pour arrêter les pro- » grès de certains symptômes, qui sont très pressants, on est » dans la nécessité d'administrer un traitement direct à l'en- » fant. (Bertin, *Traité de la maladie vénérienne chez les en- » fants nouveau-nés*. Paris, 1810, p. 184.)

» En soumettant une nourrice non infectée à un traitement » mercuriel, dit l'excellent praticien Biett, dans une lettre à » MM. Chevallier et Henry, que nous aurons à citer longue- » ment plus loin, on obtient certainement une modification » des symptômes qu'on observe chez l'enfant. »

Les auteurs plus récents ont adopté, à de très légères variantes près, l'opinion de Bertin et de Biett. M. Cullerier, toutefois, n'attache qu'une valeur presque nulle au traitement indirect, et il cite à l'appui de son opinion une observation qui est loin, suivant nous, d'avoir la signification que M. Cullerier lui prête.

L'Académie nous pardonnera de la citer textuellement :

« Madame X... est infectée par son mari le jour même de son mariage; elle devient enceinte immédiatement, et à deux mois de grossesse elle est couverte de plaques muqueuses, de taches cuivrées, de boutons croûteux dans le cuir chevelu, avec perte des cheveux. Un traitement par les pilules de Dupuytren est prescrit; mais il est fort mal suivi. Madame X... accoucha à terme d'une petite fille bien portante. A trois semaines, tubercules plats à l'anus et à la vulve : soins de propreté pour l'enfant; traitement mercuriel à la mère, qui nourrit. Au bout d'un mois, tout a disparu. A six mois, nouvelle apparition de tubercules à l'enfant; nouveau traitement mercuriel à la mère, bien que, depuis l'époque de sa grossesse, il n'y ait eu aucune manifestation. Au bout d'un mois encore, guérison de l'enfant. A un an, nouvelle apparition de plaques muqueuses aux parties génitales et à l'anus, mais, de plus, cette fois, éruption pustuleuse à la face, dérangement dans les fonctions du ventre et tendance à la cachexie. C'est alors que je fus consulté. Je proposai d'emblée le traitement direct, mais les parents ne voulurent jamais y consentir, prétendant que le mercure donné de cette manière tuerait leur enfant; on ne voulut même pas permettre quelques bains de sublimé. Je dus céder; mais comme le lait de la mère devenait rare, je fis donner à l'enfant une nourrice, à laquelle je fis prendre la liqueur de Van Swieten. Ce traitement fut scrupuleusement suivi pendant trois mois, après lesquels la petite fille était très bien portante; tout symptôme avait disparu, et ce qui me donnait bon espoir, c'est que la disparition s'était faite moins vite que les deux fois précédentes. L'enfant fut sevrée; elle avait alors quinze mois. A deux ans, elle fut prise d'une fièvre éruptive mal caractérisée, et pour laquelle je ne la vis pas; mais je dus penser que c'était une roséole aiguë lorsque je constatai, alors que tout état fébrile avait disparu, quelques taches jaunâtres sur le ventre et sur la poitrine, et lorsque j'assistai à la manifestation successive de plaques muqueuses aux organes génitaux, à la bouche et au nez, et de pustules d'ecthyma sur diverses parties du corps. Cette fois les parents étaient bien édifiés sur la vertu du lait

mercurialisé; d'ailleurs, l'enfant était sevrée; il fallait bien agir directement. Je donnai la solution de sublimé à la dose d'un seizième de grain, que je portai même à un quart de grain, et je fis prendre tous les cinq jours un bain additionné de 4 grammes de sublimé. Au bout de six semaines, tout avait disparu; mais je continuai le même traitement six autres semaines encore. Il y a maintenant huit ans de cela; la petite fille, qui en a dix, est une charmante enfant, fraîche et rose, qu'on ne supposerait pas avoir été tourmentée au commencement de sa vie par une maladie aussi tenace. » (Cullerier, *Bulletin de thérapeutique*, t. LXII, p. 446, année 1852.)

Cette observation nous paraît montrer d'une manière évidente l'heureuse influence du traitement indirect, puisque, par trois fois, à la suite de chaque traitement de cette espèce, les symptômes ont cédé, et que la récidive n'a eu lieu qu'après une suspension plus ou moins prolongée du traitement. La petite malade a d'ailleurs vécu jusqu'à deux ans, avant l'application du traitement direct, et M. Cullerier professe lui-même que les enfants syphilitiques *non traités* succombent fatalement avant cet âge.

Cette dernière opinion, qui, d'après les observations de tous les syphilographes, paraît parfaitement fondée, ne nous semble pas moins en contradiction avec le jugement suivant que M. Cullerier porte sur le fait cité par Swediaur : « Otez le merveilleux de la famille régnante, et vous avez, dit-il, le fait très ordinaire d'un enfant qui doit la vie à un simple changement d'hygiène. » (*Loc. cit.*, p. 441.)

D'abord, Swediaur ne dit pas qu'on ait placé les enfants qui ont survécu dans des conditions hygiéniques différentes de celles où se trouvaient ceux qui avaient succombé; et ensuite il est peu probable que ces conditions ne fussent pas aussi bonnes que possible, quand on songe qu'il s'agissait d'enfants d'une famille régnante. Il y a donc, dans le fait de Swediaur, au moins cette coïncidence singulière qu'un enfant qui, non traité, aurait été pour M. Cullerier lui-même, inévi-

tablement voué à la mort, a survécu, prenant le lait d'une nourrice soumise à un traitement mercuriel.

Les partisans du traitement indirect citent, d'ailleurs, presque tous des faits qui semblent concluants, en sorte qu'il nous paraît impossible aujourd'hui de douter de la justesse de leur opinion.

Mais, s'il ne nous paraît pas possible de contester l'efficacité de cette méthode thérapeutique, il est d'autres reproches assez sérieux qu'on ne peut se dispenser de lui adresser. Le premier, c'est qu'il n'est pas toujours facile de trouver une nourrice qui veuille se soumettre à un traitement plus ou moins désagréable, et peut être même, dans de certaines limites, nuisible. En outre, cette méthode n'est applicable que pendant la durée de la lactation, et les enfants à la mamelle ne sont pas, tant s'en faut, les seuls malades dont il soit nécessaire de ménager les organes digestifs.

Ces diverses considérations devaient à peu près inévitablement conduire à l'idée de substituer le lait des animaux au lait de femme pour l'administration du traitement indirect. Cette idée vint, en effet, à plusieurs médecins, parmi lesquels il faut surtout compter les docteurs Biett et Lebreton. Dans une lettre qu'il écrivait à MM. Chevallier et O. Henry, et à laquelle nous avons déjà fait allusion, Biett s'exprimait ainsi :

« C'est généralement un fait reconnu et que j'ai eu bien des fois l'occasion de vérifier, que l'influence de la nourriture sur les propriétés du lait. Tous les fermiers savent, par exemple, que les herbages donnent des propriétés laxatives; que le foin sec et aromatique produit l'excès contraire; c'est ainsi que lorsque je prescris le lait de chèvre, et cela m'arrive fréquemment, parce que je le regarde comme un des moyens les plus salutaires dans quelques maladies du tube digestif; c'est ainsi que je fais en sorte d'établir quelques rapports entre les qualités du lait et l'état des organes que je me propose de modifier. Existe-t-il de la tendance au dévoiement, on exclut de la nourriture de la chèvre les carottes, l'eau blanche, la recoupe, les herbes; on lui donne exclusi-

vement du foin sec, des pommes de terre et quelques poignées d'avoine. Dans quelques cas où la diarrhée persistait, où les malades étaient affaiblis, lorsqu'il y avait quelques inconvénients dans l'emploi des moyens thérapeutiques un peu actifs, j'ai fait entrer dans la nourriture de la chèvre quelques poignées de feuilles de chêne. Ce que je dis pour la nourriture de la chèvre, je l'ai fait également pour le lait de vache. J'ai eu chez moi, il y a dix ans, une vache que j'ai gardée pendant huit à dix mois; comme son lait servait d'unique nourriture à une personne de ma famille, je me suis appliqué à étudier les conditions les plus propres à donner au lait les qualités que je voulais obtenir, et j'y ai complétement réussi, comme pour celui de chèvre. On arrive certainement à des résultats semblables pour le lait d'ânesse, mais plus difficilement, toutefois, parce que les ânesses sont plus délicates et plus difficiles à nourrir. Qui ne sait toutes les influences que l'on obtient dans l'allaitement par le genre d'alimentation de la nourrice! Ce sont des faits que tous les praticiens ont eu occasion d'observer; on en a tiré des inductions pratiques fort utiles pour la syphilis des nouveau-nés. En soumettant une nourrice non infectée à un traitement mercuriel, on obtient certainement une modification des symptômes qui existent chez l'enfant. On a, comme vous le savez, monsieur et collègue, soumis des chèvres aux frictions mercurielles pour guérir des enfants syphilitiques à la mamelle. On a dit qu'on avait obtenu quelques succès; j'ignore si ces faits ont eu tout le degré d'évidence désirable : j'ai essayé plusieurs fois pour mon compte, et les chèvres ont succombé ou leur lait s'est tari.

» BIETT.

» Paris, 6 mai 1838. »

A une époque antérieure à la lettre de Biett, M. Trousseau nous apprend que le docteur Lebreton s'occupait de l'intéressante question thérapeutique étudiée par le savant dermatologiste. Voici comment s'exprime notre éminent collègue dans une note qu'il a jointe à un travail de M. Péligot, dont nous allons donner une idée dans un instant :

« Depuis longtemps, dit M. Trousseau, M. Lebreton, l'un des accoucheurs les plus distingués de la capitale, fait des expériences thérapeutiques d'une grande importance en mettant les ânesses à l'usage des médicaments, tels que le mercure, le sulfate de soude, l'arsenic, l'iode, etc., qui, passant dans le lait, donnent à ce liquide des qualités d'autant plus précieuses, que le médicament a déjà subi en quelque sorte un certain degré d'assimilation. Nous ne saurions trop engager M. Lebreton à persévérer dans cette voie expérimentale qui ouvre à la thérapeutique un champ nouveau. » (*Journ. des conn. méd.-chir.*, quatrième année, 1836-1837, p. 200.)

On voit avec quelle sagacité l'habile thérapeutiste avait su apprécier l'idée qui ne devait se réaliser que vingt ans plus tard. M. Lebreton, animé des mêmes espérances que notre collègue, avait prié un jeune chimiste, aujourd'hui membre de l'Institut, de tenter quelques analyses pour constater l'influence de l'alimentation sur la composition du lait d'ânesse et la possibilité de faire passer des médicaments dans ce fluide. M. Péligot s'acquitta avec beaucoup de soin de la première partie de la tâche; mais il fut très bref sur la seconde. Voici ce qu'il dit à cet égard :

« On a administré pendant dix jours, à une ânesse, trente grains d'iodure de potassium; au bout de ce temps, son lait a été recueilli et évaporé à siccité; le résidu a été incinéré dans un creuset de platine. La partie soluble dans l'eau rendue acide par l'acide sulfurique, a donné, au moyen de la dissolution d'amidon et du chlore, une coloration en bleu très sensible; ce lait renfermait donc de l'iodure de potassium. La médecine pourra tirer un parti avantageux de ce fait, qui n'a rien de surprenant d'ailleurs, car ce corps doit passer dans le lait comme le sel marin qu'on peut y introduire en grande quantité. En effet, une ânesse, dans la nourriture de laquelle on mêlait 200 grammes de sel marin, a fourni un lait contenant assez de cette substance pour présenter une saveur salée, impossible à méconnaître: je dois ajouter que la quantité du lait n'a pas paru augmentée par cette addition.

» J'ai fait de nombreux essais dans le but de constater la présence du mercure, d'abord dans le lait d'une ânesse qui prenait par jour cinq grains de sublimé corrosif, puis dans le lait d'une chèvre à laquelle on a pu, sans inconvénient, en administrer jusqu'à 12 grains. Malgré le soin que j'ai mis à cette recherche et à la variété des méthodes que j'ai employées, il m'a été impossible de constater la présence du métal que je cherchais. Il ne faudrait pas en conclure, assurément, qu'il ne s'en trouvait pas dans ces laits, les meilleurs procédés pour en reconnaître de très faibles quantités laissant beaucoup à désirer.

» On fit prendre à une ânesse 30 grammes de bicarbonate de soude pendant six jours; au bout de ce temps, son lait fut trouvé très alcalin; il renfermait 10,5 de matières solides. Il est évident que le carbonate de soude avait agi sur ce lait, car le lait d'ânesse m'a paru constamment acide. » (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 4e année, 1836-1837, p. 203.)

D'après le peu de détails que l'on vient de lire, M. Péligot s'est borné, suivant toute apparence, à administrer aux animaux quelques doses de médicaments pendant plusieurs jours de suite; il a cherché ensuite à retrouver ces médicaments dans le lait, et s'est arrêté là. Il n'a étudié ni l'influence de ces médicaments sur la quantité et la qualité du lait, ni leur influence sur la santé des animaux, etc. Son travail, quoique fort intéressant, laissait donc incertaines une foule de questions dont la solution était indispensable pour arriver à l'application pratique réclamée par le docteur Lebreton.

Trois ans après la publication du travail de M. Péligot, fut lu dans cette enceinte, par MM. Chevallier et O. Henry, un mémoire beaucoup plus étendu dans lequel nos honorables collègues portaient beaucoup plus loin l'étude commencée par M. Péligot. MM. Chevallier et O. Henry décrivent avec le plus grand soin le régime alimentaire et hygiénique auquel étaient soumis les animaux sur lesquels ils ont expérimenté; ils constatent l'influence de ce régime, celle de l'état de santé et de maladie, celle du repos et de la fatigue, du part, etc.,

sur la composition et la quantité du lait. Il nous serait impossible de donner ici une idée complète de cet important travail sans étendre démesurément ce rapport déjà très long; nous nous contenterons d'en extraire ce qui est relatif à la question spéciale qui nous occupe, et de conseiller aux personnes que la question générale intéresse, la lecture du mémoire tout entier. Voici donc ce que disent MM. Chevallier et O. Henry sur le passage des médicaments :

« Nos expériences nous ont fait connaître :

» 1° Que le sel marin passe très abondamment dans le lait.

» 2° Que le bicarbonate passe dans ce liquide en donnant à ce lait une alcalinité marquée, fait qui est en opposition avec ce qui a été observé par M. Péligot, qui a annoncé que, dans ce cas, le lait devenait acide (1).

» 3° Que le sulfate de soude passe dans le lait, mais en très faible proportion. En effet, la présence de ce sel n'a été sensible qu'après l'avoir administré trois ou quatre fois à la dose de 32 grammes (une once) chaque fois,

» 4° Que le sulfate de quinine donné jusqu'à la dose de 20 grains à plusieurs reprises, n'a pu être reconnu dans le lait, malgré toutes nos recherches.

» 5° Que l'iodure de potassium passe dans le lait; mais nous n'avons reconnu la présence de l'iode que lorsque l'animal en avait pris près de 3 grammes (54 grains). Ce sel étant administré à la dose de 5 à 6 décigrammes (10 à 12 grains), seulement, nous n'en trouvions pas de traces dans le lait.

» 6° Que le nitrate de potasse ne paraît pas passer dans le lait; en effet, donné à la dose de 8 à 16 grammes (2 à 4 gros), à plusieurs reprises, nous ne pûmes en reconnaître les moindres traces, malgré les recherches les plus minutieuses, et que nous les eussions portées, comme nous l'avons toujours fait, non-seulement sur le sérum, mais encore sur le caséum.

(1) Nos honorables collègues se trompent évidemment ici; dans la citation que nous venons de faire de M. Péligot, cet habile chimiste annonce que le lait était *alcalin*, *après l'administration* du carbonate de soude, et qu'il l'avait trouvé constamment *acide dans l'état normal*.

» 7° Que les sulfures de potassium et de sodium ne paraissent pas passer dans le lait, du moins c'est ce que nous croyons être en droit de conclure de nos recherches; il est cependant vrai de dire que nous n'en avons donné que des doses minimes dans la crainte d'empoisonner les animaux que nous soumettions à nos expériences (1).

» 8° Que les sels mercuriels paraissent ne pas passer dans le lait, du moins c'est la conclusion que nous croyons pouvoir tirer des expériences minutieuses faites sur le lait de deux femmes soumises à un traitement mercuriel et qui prenaient, l'une 15 milligrammes (un quart de grain) d'iodure de mercure, l'autre 2 centigrammes de sublimé corrosif (2); il en a été de même pour les ânesses.

(1) Malgré la prudence que nous avons mise dans nos essais, deux des ânesses qui avaient servi aux épreuves ont succombé pendant que nous faisions notre travail, une troisième quelque temps après.

(*Note des auteurs.*)

(2) Lors de la lecture des résultats de nos recherches à l'Académie royale de médecine, plusieurs de nos honorables collègues, MM. Moreau, Londe, Lagneau, ont émis l'opinion que le mercure devait passer dans le lait; ils se sont appuyés sur le fait *bien démontré* que les enfants atteints de syphilis et qui sucent le lait des nourrices qui subissent un traitement mercuriel, guérissent. Nous nous proposons de répéter nos expériences; mais nous dirons ici en passant : 1° que l'un de nous avait, étant interne de l'hôpital des Vénériens, fait des recherches sur le lait des nourrices en traitement, et qu'il n'a pu retrouver de mercure. M. Péligot, qui a employé les moyens de recherche les plus exacts, a obtenu des résultats semblables; 2° que M. Péligot, dans une lettre du 9 mars, nous fait connaître les essais qu'il a tentés. L'importance de cette question nous engage à donner ici un extrait de sa lettre :

« Je me suis occupé, en effet, mon cher collègue, de la recherche du mercure dans le lait d'une chèvre, à laquelle on administrait une forte dose de sublimé corrosif, et que l'on frictionnait en outre avec de l'onguent mercuriel. J'ai fait la même recherche sur le lait d'une ânesse soumise au même traitement, à plus faible dose, il est vrai, mais pendant plus longtemps.

» Malgré toute l'attention que j'ai mise à cette recherche, je n'ai

» 9° Que l'oxyde de fer, l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, pris à l'état d'hydrate et associés à du miel, passent dans le lait; en effet, une partie de ces mélanges ayant été administrés à des ânesses, on retrouva dans le lait de ces animaux des quantités faibles, à la vérité, mais non équivoques de ces produits; le sous-nitrate de bismuth avait même passé en telle quantité dans le lait, que, lors de la calcination du résidu dans le creuset d'argent, le métal de ce creuset devint cassant, fragile, et l'on put constater qu'on avait obtenu un alliage de bismuth et d'argent. Nous devons dire ici que nous ignorons à quel état ces divers métaux existaient dans le lait. » (Chevallier et O. Henry, *Mémoire sur le lait*. Paris, 1839, p. 25 et suivantes.)

Nos honorables collègues ne se sont pas bornés à constater le passage des médicaments dans le lait; ils ont étudié aussi l'influence des substances administrées sur la quantité et les qualités du lait, et ils ont exposé, dans le passage suivant, le résultat de leurs observations sur ce point:

« Nous avons reconnu, dans le cours de ces expériences:

» 1° Que les animaux auxquels on administrait des médicaments ne donnaient qu'une quantité de lait bien moindre

rien trouvé qui me permît d'*affirmer* que ces laits renfermaient du mercure.

» J'ai évaporé à sec une assez grande quantité de ces laits, et j'ai distillé le résidu avec de la chaux, je n'ai pas trouvé de mercure dans les produits de la distillation.

» J'ai aussi employé le courant voltaïque, selon la méthode indiquée dans le *Journal de chimie médicale*, par le docteur Smithson, pour constater la présence de petites quantités de mercure; les lames d'or qui terminaient les deux pôles avaient changé de couleur, mais s'il y a eu amalgamation, elle ne m'a pas paru suffisamment établie pour admettre le passage du mercure dans le lait.

» En somme, je pense que cette question est loin d'être résolue, malgré les résultats négatifs auxquels je suis arrivé.

» Je ne me suis pas occupé du lait des femmes vénériennes.

» Vous avez là une question bien intéressante à éclaircir. »

(*Note des auteurs.*)

que celle fournie par les animaux de la même espèce qui étaient à l'état normal; ces animaux étaient cependant dans les mêmes conditions sous le rapport de la nourriture; 2° que le lait obtenu après l'administration des médicaments prenait presque toujours, quand on le chauffait, une couleur jaune (la couleur café au lait); 3° que ce lait contenait moins de parties solides, et une plus grande quantité de beurre; cette quantité a été constamment de 0,56 à 0,60 pour 100 de lait d'ânesse, au lieu de 0,11 et de 0,15 qu'on trouvait dans le lait des ânesses qui n'avaient point été médicamentées.

» Tous les essais faits et répétés ont paru produire sur la santé des ânesses que nous employions une influence peu favorable, et nous avions besoin, pour pouvoir continuer ces essais, de rencontrer un homme zélé comme M. Poinsot, qui n'a pas craint de compromettre ses intérêts, en nous livrant plusieurs de ses animaux, dont quelques-uns même ont succombé, comme on l'a dit plus haut, pendant et après la terminaison de nos expériences. » (Chevallier et O. Henry, *loc. cit.*, p. 28.)

Ces résultats importants avançaient beaucoup la question chimique; mais ils laissaient au même point, comme on le voit, la question pratique, ou plutôt ils semblaient l'avoir indéfiniment reculée, puisque, bien que les expériences de nos honorables collègues ne paraissent pas avoir duré longtemps, plusieurs des animaux qui en étaient les sujets ont néanmoins succombé, soit pendant la durée de la médicamentation, soit après qu'on l'eut suspendue. Or, tout le monde conçoit que le seul moyen de rendre le procédé pratique c'est de faire supporter les médicaments aux animaux sans altérer leur santé, à plus forte raison sans compromettre leur vie. S'il fallait sacrifier un ou plusieurs animaux pour suffire à un traitement, le nombre des malades qui pourraient se permettre un pareil luxe serait nécessairement très borné. Chose inattendue! cette considération ne paraît pas avoir préoccupé nos honorables collègues, et ils ne disent rien, dans leur remarquable travail, des espérances que l'on peut concevoir touchant la réalisation pratique de la méthode si vivement

désirée par Biett et Lebreton. C'était là pourtant le grand point, et les deux professeurs de la Faculté de médecine chargés de démontrer les applications de la chimie à la physiologie et à la thérapeutique l'avaient bien senti.....

..... « Les aliments, disait M. Dumas à la Faculté, dans sa leçon du 3 août 1839, peuvent donc fournir des éléments médicamentaux au lait, et les matières minérales le feraient tout aussi bien ; on pourrait faire à ce sujet de très grandes applications à la médecine. Le chlorure de sodium s'introduit à merveille dans la sécrétion mammaire, comme l'ont démontré les expériences de MM. Henry et Chevallier ; le sulfate de soude, l'iodure de potassium traversent également les mamelles. On conçoit qu'il serait facile d'administrer aux nouveau-nés, et même aux malades de tous les âges, du lait chargé d'iode ou de tout autre principe ; mais il en faudrait donner une quantité très considérable pour que le lait en contînt suffisamment, *et cela ne serait possible que dans le cas où l'action spéciale des agents sur les mamelles n'altérerait pas ou ne suspendrait pas leur sécrétion.* » (Dumas, *Leçons professées à la Faculté de médecine*, 3 août 1839.)

Orfila, en faisant la même remarque, et après avoir insisté plus encore sur les avantages que la thérapeutique retirerait de l'introduction dans le lait, par l'intermédiaire de l'alimentation, de certains médicaments, et notamment des médicaments iodiques, ajoutait, en ce qui concerne ces derniers : « qu'il fallait renoncer à cet espoir, à cause de l'action destructive qu'ils possédaient sur les organes mammaires. »

Tel était l'état peu encourageant de la question, lorsque, en 1845, M. le docteur Labourdette crut pouvoir en tenter une fois de plus la solution.

Avant lui, on avait constaté l'influence funeste des divers médicaments administrés aux animaux, mais on n'avait rien fait pour y remédier. M. Labourdette pensa que cela n'était pas impossible. Instruit des étonnantes modifications imprimées à plusieurs espèces animales par un ensemble de conditions hygiéniques et d'actions physiologiques désignées en zootechnie sous le nom d'*entraînement*, il pensa qu'on pour-

rait peut-être, par la réunion d'un certain nombre d'actions analogues, remédier d'abord aux premiers accidents causés par l'administration des médicaments, et amener ensuite les animaux à un état de tolérance qui permettrait le passage permanent de ces médicaments dans le lait.

Une fois pénétré de cette idée, M. Labourdette se mit à l'œuvre. Plusieurs vaches et quelques chèvres furent successivement soumises à l'administration de l'iodure de potassium, que l'on fit prendre aux animaux à l'aide d'artifices qui seront décrits plus loin. Très peu de temps après les premières doses, des accidents que nous décrirons également se développèrent; ces accidents furent combattus avec un certain succès; mais, en définitive, dans tous les cas où l'administration du composé iodique ne fut pas suspendue au bout de quelques semaines, ou bien la mort de l'animal eut lieu, ou bien il perdit entièrement et définitivement son lait. Ce ne fut qu'au dix-huitième de ces onéreux insuccès, que notre persévérant confrère renonça à poursuivre plus loin ses expérimentations : il était épuisé, et pourtant non découragé.

Si le résultat définitif avait été constamment fatal, il avait pourtant obtenu ce petit succès relatif, que les derniers animaux avaient vécu plus que les premiers, et que les phénomènes d'intoxication avaient été chez ceux-ci lents, réguliers, progressifs, au lieu d'être rapides, parfois intenses, irréguliers comme chez les premiers mis en expérience. Il semblait donc qu'en améliorant encore les conditions hygiéniques où se trouvaient placés les animaux, on parviendrait à vaincre les derniers obstacles. Mais cette amélioration ne pouvait plus se faire à Paris; notre confrère avait épuisé toutes les ressources de son imagination pour rendre aussi parfait que possible le régime de ses animaux, pour combiner de la manière la plus favorable les moyens à l'aide desquels il cherchait à combattre les phénomènes d'intoxication. Une seule chose pouvait manquer à la perfection du régime des animaux, c'étaient les herbages et la vie au grand air, en pleine campagne; il est vrai que, *à priori*, cette condition pouvait sembler capitale.

En effet, MM. Chevallier et O. Henry, grâce aux indications qui leur avaient été fournies par l'honorable nourrisseur qui leur avait si libéralement livré ses étables, avaient observé, et ils ont consigné dans leur mémoire les trois faits suivants : 1° une température supérieure à 15 degrés nuit à la santé des vaches, et par conséquent aux qualités du lait; 2° l'introduction du vert dans le régime alimentaire augmente la quantité de lait; 3° les chèvres privées de liberté perdent leur lait plutôt que celles qui en jouissent.

Les observations de M. Labourdette avaient pleinement confirmé celles de nos honorables collègues; mais il avait observé de plus que l'influence de l'état de liberté sur la chèvre s'exerce également, quoiqu'à un moindre degré, sur la vache; que l'élévation de la température et l'air confiné des étables n'influe pas seulement sur la santé des vaches, mais aussi sur la quantité et les qualités du lait, et qu'il est absolument impossible, pendant une partie de l'année, d'empêcher que la température de 15° ne soit dépassée. Ces mauvaises conditions ne pouvaient être évitées, dans les étables de Paris et de la banlieue; la question ne pouvait donc être définitivement tranchée que par une expérimentation à la campagne.

Après quelques années de suspension, grâce au concours d'un de ses amis, M. le docteur Dumesnil, médecin de l'asile des aliénés de Quatremares, près Rouen, M. Labourdette put reprendre ses expériences dans une des situations les plus salubres, dans un des meilleurs pâturages de la Normandie. C'est là qu'il lui a été donné de voir toutes ses prévisions, toutes ses espérances se réaliser, et sa courageuse persévérance enfin récompensée.

Aujourd'hui, dans une petite exploitation rurale, située au milieu d'excellents pâturages, renfermant une maison d'habitation, une laiterie et des étables remarquables par leur exquise propreté, sont entretenus plusieurs animaux jouissant de la plus exubérante santé, et qui fournissent pendant des mois, des années même, les uns du lait iodé, les autres du lait chloruré, du lait arséniqué, du lait mercurialisé. C'est après une expérimentation de quatre années dans ces condi-

tions favorables, qu'il est venu vous en faire connaître les résultats.

J'ai voulu me rendre moi-même sur les lieux, afin de constater par mes propres yeux les faits dont je devais entretenir l'Académie, et je crois ne remplir qu'un devoir de stricte justice en déclarant que tous les éloges que je pourrais donner à notre confrère me paraîtraient au-dessous de ce que méritent sa courageuse et onéreuse persévérance d'une part, et d'autre part, le magnifique résultat auquel il est parvenu. J'ai fait traire devant moi du lait médicamenteux, qui ne m'a paru différer en rien des autres laits, si ce n'est par son excellente qualité, par son goût exquis. J'ai apporté à Paris quatre bouteilles de ce lait, deux de lait iodé, deux de lait arséniqué; une de chaque espèce a été prise avec du café, et le café au lait a été trouvé parfait. Les deux autres ont été soumises à l'analyse par MM. Chatin et Chevallier; dans l'une, M. Chatin a constaté la présence de l'iode en quantité notable; de l'autre, M. Chevallier a extrait des anneaux arsenicaux dont je vais faire passer un échantillon sous les yeux de l'Académie.

Le problème posé par Biett et Lebreton est donc aujourd'hui complétement résolu, et si, comme le pense avec ces deux médecins notre éminent collègue M. Trousseau, ce problème renferme en lui un grand progrès thérapeutique, ce progrès est désormais accompli, grâce à la rare opiniâtreté de M. le docteur Labourdette.

Ce grand résultat une fois constaté, l'Académie me permettra de lui exposer quelques faits qui ont été révélés par l'expérimentation de M. Labourdette, et qui me paraissent d'un grand intérêt pour l'hygiène, pour la physiologie, et peut-être aussi pour la thérapeutique.

Le premier de ces faits que nous signalerons, c'est la fâcheuse influence de la séquestration sur la santé des animaux soumis aux expériences. On a vu qu'aucun de ces animaux, à Paris, n'avait survécu à une expérimentation prolongée; avec l'iodure de potassium, la plus grande durée de la vie, malgré tous les soins pris, a été de quatre mois, lorsque la

médicamentation n'a pas été suspendue dès l'apparition des symptômes. A la campagne, le nombre des morts n'ayant été que de cinq, il serait impossible de dire combien de temps vivraient les animaux s'ils étaient constamment renfermés dans l'étable ; mais l'influence nuisible de la claustration ne s'y fait guère moins sentir qu'en ville. Il suffit que les vaches demeurent trois jours sans aller au pré, quelquefois deux jours, un seul jour même, pour que déjà l'on voie apparaître quelqu'un des phénomènes morbides que nous aurons bientôt à énumérer.

N'y aurait-il pas à faire quelque utile application de ce fait remarquable à l'hygiène des malades ou des convalescents de l'espèce humaine? C'est une question que je me borne à poser à mes honorables collègues des diverses sections de médecine; elle me paraît digne de toute leur attention.

Les pâturages et l'état de liberté sont indispensables; leur double influence ne suffit pourtant pas à elle seule pour conjurer les accidents causés par l'administration de certains médicaments, notamment des iodiques et des mercuriaux. L'expérience qui se fait à Quatremares depuis six ans a prouvé que cette double influence était impuissante, si on ne lui associait celle d'un excellent régime et l'usage d'un ensemble de médicaments que M. Labourdette désigne, les uns sous le nom d'*adjuvants*, les autres sous le nom de *correctifs*. Quelques développements sont indispensables pour bien faire comprendre le mode d'emploi de ces moyens, car c'est là ce qui constitue le plus particulièrement la méthode de M. Labourdette, ce qu'il appelle son procédé d'*entraînement*. Ces détails offriront d'ailleurs cet intérêt capital, qu'ils mettront hors de doute la puissance d'une médication bien dirigée, non-seulement pour combattre les accidents d'une intoxication, mais encore pour habituer l'organisme aux substances qui causent cette intoxication, et qui, sans le secours de la médication employée, auraient inévitablement conduit à la mort les animaux intoxiqués.

Nous allons d'abord exposer en détail le régime alimentaire des animaux ; nous ferons connaître ensuite minutieusement

l'ensemble des moyens auxquels l'auteur donne le nom d'*adjuvants* et de *correctifs*.

Régime alimentaire. — MM. Chevallier et O. Henry ont fait connaître en détail le régime alimentaire des animaux sur lesquels ils ont expérimenté. Ce régime est, on peut le dire, excellent. Il ne serait pas suffisamment bon, cependant, pour permettre aux animaux de supporter l'administration des médicaments à haute dose pendant longtemps; en se reportant à la description de MM. Chevallier et O. Henry, on verra combien est supérieur celui qu'a adopté M. le docteur Labourdette. Il se divise en régime d'été et régime d'hiver.

1° *Régime d'été.* — A quatre heures et demie du matin, premier repas dans l'étable, composé de : recoupe, 4 kilogrammes. Pendant ce repas on trait les vaches.

A cinq heures et demie, départ de l'étable pour la prairie.

A midi, retour de la prairie, après avoir conduit les animaux à l'abreuvoir. Deuxième repas, composé de : betteraves, navets et carottes blanches mélangés et coupés, 10 kilogrammes; drèche, 1 kilogramme; paille verte à discrétion.

A deux heures, départ pour la prairie.

Rentrée à six heures, en passant par l'abreuvoir.

A six heures, troisième repas, composé de : luzerne fraîche, 5 kilogrammes; betteraves, navets et carottes coupés et mêlés ensemble, 5 kilogrammes; eau blanche, 10 litres.

Vers sept heures du soir, seconde traite.

Pendant la nuit, paille verte ou luzerne à discrétion.

2° *Régime d'hiver.* — La nourriture du pâturage est remplacée par une proportion équivalente de recoupe, carottes, navets, betteraves, drèche et foin. On ne sort les animaux qu'une fois par jour, de dix à quatre heures et demie; mais on les sort tous les jours, quelque temps qu'il fasse.

Voilà quel est le régime alimentaire exceptionnellement abondant et succulent des animaux soumis à l'*entraînement médicamenteux*, si l'on nous permet cette expression. Il s'agit maintenant de voir comment on procède à cet entraînement lui-même.

Entraînement. — Pour obtenir le passage régulier d'un

médicament dans le lait, il y a deux sortes d'obstacles à surmonter : triompher de la répugnance instinctive des animaux pour ce qui leur est désagréable ou nuisible ; ce premier obstacle vaincu, remédier aux accidents qui ont pu se développer et conjurer ceux qui pourraient se manifester encore.

Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer de faire prendre à des animaux des substances qui les ont rendus malades, et surtout de leur en faire prendre la quantité indispensable pour qu'il en passe suffisamment dans le lait.

On a vu, dans une note que nous avons empruntée au travail de MM. Chevallier et Henry, que nos honorables confrères considéraient comme très élevée la dose de 3 grammes d'iodure de potassium, et que c'est à cette dose que des animaux ont dû une intoxication qui a été mortelle pour quelques-uns. Or, pour que le lait d'une vache contienne de l'iode en proportion notable, il faut en donner à l'animal de 15 à 20 grammes, et c'est cette dose que nous avons vu administrer aux animaux de M. Labourdette, déjà entraînés, sans que le moindre symptôme fâcheux en soit résulté.

Voici à l'aide de quel artifice on parvient à faire accepter une pareille dose chaque jour à l'animal :

On forme un bol composé de racines fraîches, de son, de quelques blancs d'œufs, d'un peu de cassonnade, et de 100 grammes de chlorure de sodium, dans lequel on incorpore de 50 centigrammes à 4 ou 5 grammes du médicament à expérimenter ; 50 centigrammes sont le maximum quand il s'agit d'iodure de potassium ou d'un sel mercuriel actif. Si l'animal ne prend pas ce bol volontiers, on diminue de moitié la dose de médicament, et on l'augmente graduellement, d'abord tous les huit jours, puis tous les trois ou quatre jours, enfin tous les jours, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une vingtaine de grammes s'il s'agit d'iodure de potassium, de 3 grammes s'il s'agit de protochlorure de mercure, de 1 gramme s'il s'agit de bichlorure, enfin de 5 à 10 grammes s'il s'agit de liqueur arsenicale de Fowler.

Rarement on arrive à cette dose sans que les animaux aient

éprouvé, soit quelques accidents locaux, soit même un ensemble de phénomènes inquiétants.

Parmi ces symptômes, les plus fréquents comme les plus sérieux sont la diarrhée, avec fétidité des excréments, l'inappétence, la teinte ictérique des sclérotiques, le gonflement des veines abdominales, etc. Nous avons réservé pour le dernier de ces symptômes l'état albumineux des urines, symptôme constant qui apparaît le premier et disparaît le dernier, et qui nous semble de nature à attirer toute l'attention des physiologistes et des médecins.

Quand ces phénomènes sont d'une intensité modérée, ils ne troublent que peu la santé générale; mais lorsqu'ils prennent un certain développement, ils sont promptement suivis d'une soif ardente, d'un état fébrile prononcé, d'une perte absolue de l'appétit, et ils peuvent alors déterminer, dans un temps assez court, la mort de l'animal; leur moindre conséquence fâcheuse, dans ce cas, est la suspension définitive de la sécrétion lactée.

Pour remédier à ces accidents, il faut d'abord suspendre l'administration du bol médicamenteux; puis on fait prendre à l'animal des purgations répétées, du sous-nitrate de bismuth et de l'extrait thébaïque en cas de diarrhée intense; enfin, si tous ces moyens ne suffisent pas, on administre de douze à quinze blancs d'œufs.

Pendant le traitement, le régime de l'animal doit être exclusivement d'herbe ou de racines fraîches; il doit sortir tous les jours à la prairie, et l'on doit empêcher qu'il ne boive trop abondamment : 30 à 35 litres d'eau par jour sont suffisants.

On ne reprend l'administration du médicament que lorsque les dernières traces d'albumine ont disparu des urines.

C'est à l'aide de cet ensemble de moyens médicaux que M. Labourdette parvient constamment aujourd'hui à triompher, soit de la répugnance des animaux pour les médicaments, soit des symptômes plus ou moins graves d'intoxication qui résultent de leur ingestion; c'est là un résultat physiologique et médical d'autant plus remarquable qu'en l'absence d'un traitement actif, si l'on continue l'iodure de

potassium, même à faibles doses, la mort est à peu près inévitable. On s'explique facilement par là les échecs qu'ont éprouvés tous les nourrisseurs qui ont essayé, avant notre persévérant et ingénieux confrère, d'introduire des médicaments dans le lait, et il est fort à craindre que, malgré les détails les plus minutieux que M. Labourdette nous a loyalement fait connaître et que je viens d'exposer, ceux qui marcheront sur ses traces n'acquièrent au prix de plusieurs revers le tact médical nécessaire pour arriver à un succès complet et constant.

Dans l'exposition des détails qui précèdent, nous avons supposé qu'on voulait introduire dans le lait un iodique et plus spécialement l'iodure de potassium, qui est aujourd'hui le médicament le plus recherché par la pratique, et qui, chose assez inattendue, est aussi un des médicaments les plus dangereux pour les ruminants et les plus difficiles à faire tolérer. La méthode étant essentiellement la même, quelle que soit la substance que l'on veuille introduire dans le lait, on l'appliquera d'autant plus facilement que nous en aurons d'abord montré l'application au cas le plus difficile.

Après l'iodure de potassium viennent, par ordre de difficulté et pour les substances expérimentées par M. Labourdette, les mercuriaux, à peu près aussi dangereux que les iodiques eux-mêmes; les ferrugineux et les arsenicaux, qui le sont beaucoup moins; les alcalins, enfin le chlorure de sodium qui s'administre sans aucune difficulté, puisque les animaux le prennent toujours avec plaisir et que M. Labourdette en a fait un *adjuvant* de la plupart des autres substances. MM. Chevallier et O. Henry nous ont fait connaître, ainsi que nous l'avons vu plus haut, l'influence des médicaments sur la quantité et la composition du lait. Les observations de M. Labourdette ont en partie confirmé celles de nos honorables collègues; comme eux il a vu le beurre augmenter de proportion, mais le caséum a augmenté aussi, en sorte que le lait est beaucoup plus riche. Mais on serait exposé à tomber dans l'erreur si l'on rapportait à l'influence des substances médicamenteuses, cette augmentation de richesse; il est probable

que la nourriture exceptionnelle donnée aux animaux en est la seule cause.

Dans le lait iodé, en particulier, le caséum n'est pas seulement plus abondant ; il prend après sa précipitation une plasticité, une élasticité particulières qui lui donnent une certaine analogie avec le caoutchouc ; ce caractère est des plus remarquables ; mais nous ne saurions dire à quelle cause il est dû. Au reste, les recherches de M. Labourdette sur la proportion des éléments du lait dans le cas d'entraînement demandent à être poursuivies.

Dans quel état se trouvent dans le lait les médicaments qu'on y a introduits ? Pas plus que MM. Chevallier et Henry, M. Labourdette n'a résolu cette question, qui offre des difficultés de plus d'un genre. Mais il est un fait sur lequel M. Labourdette nous paraît insister avec raison et qui confirme, dans une certaine mesure, les prévisions de M. Trousseau touchant l'état d'assimilation organique dans lequel se trouveraient les médicaments introduits dans le lait par absorption digestive ; ce fait, c'est que les substances dans ces conditions sont toujours moins accessibles à l'action des réactifs que celles qu'on aurait simplement et directement mélangées à du lait. Ainsi, pour ne parler que de l'iodure de potassium, celui qu'on mélange à du lait se décèle facilement dans le sérum de ce liquide à l'aide de l'amidon et du chlorure de chaux ; tandis que l'iodure introduit par absorption digestive exige, en outre, l'action de l'acide nitrique pour être séparé de la matière organique et devenir sensible aux réactifs. Cette opération est même assez délicate pour que des pharmaciens très habiles aient échoué en la tentant, et qu'ils aient conclu à l'absence, dans le lait, de l'iode qui s'y trouvait, au contraire, en quantité très notable. Il est donc évident, d'après les différences qu'offrent ces deux réactions, que les molécules organiques se trouvent dans un état d'agrégation plus intime dans un cas que dans l'autre. Quant à la question de savoir si cet état d'intimité plus grande constitue un commencement d'assimilation, c'est ce que nous ne chercherons pas à décider ; mais on conçoit, et c'est là l'important, qu'il soit

éminemment favorable aux applications thérapeutiques.

Ne trouverait-on pas, en partie au moins, dans cette circonstance, la cause des échecs qu'ont éprouvés les chimistes qui ont voulu chercher le mercure dans le lait des nourrices et des animaux mercurialisés, notamment MM. Péligot, Chevallier et O. Henry? Cela ne nous paraît nullement impossible, quoique l'insuffisance des procédés d'analyse pour les très petites quantités de mercure puisse également expliquer les insuccès. Au reste, l'apparente contradiction qui existait à cet égard entre l'analyse chimique et l'expérimentation clinique a cessé d'exister aujourd'hui; déjà, dans le travail de M. Cullerier que nous avons cité, M. Réveil a constaté le mercure dans le lait d'une chèvre mercurialisée (1), et depuis

(1) Nous croyons devoir consigner ici la relation de l'expérience extrêmement intéressante tentée sur cette chèvre. Ce fait confirme pleinement tous ceux de même espèce que M. Labourdette a observés.

« Le 10 avril, dit M. Réveil, nous avons fait prendre à une chèvre 5 centigrammes de sublimé corrosif dissous dans de l'eau et mélangé à du son; le lendemain, le lait ne renfermait pas de mercure; j'avais opéré sur le lait fourni dans les vingt-quatre heures.

» Le 11 et le 12 avril, même dose de sel mercuriel, même résultat à l'analyse.

» Le 13, la dose a été portée à 7 centigrammes, et comme la chèvre refusait déjà l'eau de son, c'est dans du pain que le sublimé corrosif lui a été administré; le lait du lendemain ne renfermait pas de mercure.

» Le 14, la chèvre refuse de manger du pain; 10 centigrammes de sublimé lui sont administrés dans du tabac, qu'elle mange avec avidité: le lait des vingt-quatre heures ne contenait pas de mercure.

» Le 15, même résultat.

» Le 16, même dose et même mode d'administration; mais l'animal, déjà souffrant depuis la veille, mange le tabac avec répugnance; la sécrétion lactée est considérablement diminuée depuis deux jours.

» Le 16, dans l'après-midi, la chèvre est très triste, il y a abattement, prostration des forces, fièvre; la personne qui la soigne a cru remarquer une coloration noire très prononcée des pis; la langue, les gencives ne présentent rien de particulier, cependant la bouche est écumeuse. Dans la soirée du 16, on parvient avec peine à extraire 125 grammes de lait, qui, soumis à l'analyse, nous a fourni des taches notables de mercure, et

que M. Personne nous a fait connaître un procédé plus délicat d'analyse (1), on a pu constater facilement, dans toutes

un précipité par l'acide sulfhydrique, ce qui ne nous permet pas de douter de la présence d'une petite quantité de ce métal.

» Le 17, la chèvre refuse toute espèce d'aliments; les jours suivants, la fièvre continue et l'animal mange peu. Le 22, elle est tout à fait rétablie, mais il est impossible de lui faire prendre du sublimé corrosif, quel que soit l'aliment avec lequel on le mélange. Je me décidai à lui administrer le calomel mêlé à des quantités très grandes de sel marin.

» Le 23 avril, 30 centigrammes de calomel mêlé à du chlorure de sodium sont avalés par la chèvre, qui mange ce mélange avec plaisir; le lait du lendemain ne donne rien à l'analyse.

» Le 24, même dose, même résultat.

» Le 25, la dose de calomel est portée à 50 centigrammes; le lendemain, le résultat est encore négatif.

» Le 26, à la suite de l'administration de 75 centigrammes de calomel, les accidents d'intoxication qui s'étaient manifestés dans la journée du 16, apparaissent de nouveau avec plus d'intensité; nous obtenons avec peine 100 grammes de lait très épais, qui, soumis à l'analyse, nous a donné des quantités très appréciables de mercure; le lendemain, nous en trouvons encore dans 50 centigrammes de lait.

» Toute la journée du 27, l'animal est très triste et refuse tout aliment; la sécrétion lactée est complétement tarie, la fièvre est *très forte;* cet état dure pendant les journées des 28, 29 et 30. Le 2 mai, la chèvre mange avec plaisir, mais aussi avec grande défiance; le lait devient bientôt abondant, mais il ne contient pas de mercure.

» Ainsi, rien dans le lait de la chèvre pendant les premiers jours, et ce n'est que lorsque l'animal est dans un état grave d'intoxication mercurielle qu'on trouve quelques traces de mercure qu'assurément il serait impossible de doser. » (Cullerier, *Bulletins de thérapeutique*, t. XLII, p. 437, année 1852.)

Tous les détails de cette observation, parfaitement conformes à ceux qu'a observés et décrits M. Labourdette, prouvent surabondamment que le traitement indirect mercuriel, pas plus que le traitement iodique, n'était possible qu'à la condition de posséder une méthode comme celle que M. Labourdette nous a fait connaître.

(1) Ce procédé consiste dans les manipulations suivantes :

1° Faire passer un courant prolongé de chlore à froid jusqu'à séparation de la matière caséeuse, qui devient friable; 2° filtration; 3° élimination du

les expériences tentées par M. Labourdette, la présence du mercure chez les animaux soumis à l'administration des mercuriaux : nouvelle preuve de la réserve qu'il faut apporter dans l'application des faits de la chimie à la thérapeutique et de l'omnipotence traditionnelle que l'observation doit conserver dans la dernière de ces sciences.

Ce rapport, messieurs, a déjà pris un grand développement, et cependant j'ai dû passer sous silence bien des détails intéressants. Outre ces détails, il me resterait encore, pour rendre ce travail tout à fait complet, à résumer les observations recueillies, soit par l'auteur, soit par divers médecins, tendant à démontrer l'efficacité du traitement indirect à l'aide du lait des animaux entraînés et à comparer les avantages et les inconvénients de ce traitement avec ceux du traitement direct. Mais je crois avoir trop usé de la patience de l'Académie pour ne pas terminer ici ma tâche ; je le fais d'autant plus volontiers que ce que j'aurais à dire sur le parallèle de la nouvelle et de l'ancienne méthode vous sera exposé prochainement, je l'espère, avec plus d'autorité et de talent que je ne pourrais le faire, par notre éminent collègue M. Trousseau, lorsqu'il vous rendra compte du travail étendu qui vous a été adressé par un médecin éclairé de Genève, et relatif aux accidents produits par le traitement iodé direct.

Je termine donc en soumettant à votre approbation les conclusions suivantes :

1° Déposer très honorablement le travail de M. le docteur Labourdette dans les archives de l'Académie ;

2° Écrire à l'auteur une lettre de remercîments dans laquelle on l'informera :

chlore en excès par l'acide sulfureux ou un sulfite ; 4° précipitation par l'acide sulfhydrique, qu'on effectue dans un flacon bouché ; 5° laver plusieurs fois par décantation ; 6° sécher le précipité au bain-marie dans une capsule ; 7° l'introduire dans un tube bouché peu fusible, le recouvrir de chaux vive après avoir étiré le tube en V fin ; 8° chauffer au rouge, en commençant par la chaux et finissant par le précipité ; 9° produire des taches sur des lames d'or, qui doivent disparaître par la chaleur.

Que l'Académie donne son entière approbation aux persévérants efforts qu'il a faits pour doter la science d'une méthode thérapeutique précieuse;

Qu'elle le félicite hautement du beau résultat qu'il a atteint, et qu'elle l'engage à lui communiquer les recherches et les observations ultérieures dont cette méthode pourrait être l'objet.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

DISCUSSION.

Sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de descente, de précipitation de la matrice, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col utérin suivant la variété de la maladie.

M. Huguier : Je crois avoir suffisamment prouvé, dans la dernière séance, que les objections principales que notre collègue avait faites à la première partie de mon travail sont sans aucun fondement. Aujourd'hui je continuerai à soutenir ma thèse. Je dis soutenir ma thèse, c'est le mot, parce que je n'ai pas vu sans surprise et sans un sentiment pénible l'enceinte académique convertie en une sorte d'arène où se passent les épreuves d'un concours d'agrégation, dans lequel les compétiteurs ont mission de montrer leurs brillantes qualités, et de prouver, fût-ce aux dépens de l'exactitude et de l'équité, que le travail de leur collègue n'est pas à la hauteur de la science. J'ose espérer que cette innovation n'entrera pas dans les habitudes de notre compagnie.

Je ne vous fatiguerai pas, messieurs, en répondant à certaines objections de détail, qui sont de véritables subtilités, comme celles, par exemple, qui consistent à discuter les différents degrés de l'hystéroptose. Qu'il vous suffise, je vous prie, de savoir que j'ai pris pour base de la deuxième partie de mon travail tous les cas qui, d'après le plus grand nombre

des auteurs, semblent appartenir à la chute complète de l'utérus, et ces cas, qui me sont propres, sont au nombre de 64, sur lesquels je n'ai rencontré que 3 véritables chutes, 2 sans allongement hypertrophique, et 1 avec hypertrophie et rétroflexion; ce qui m'a conduit à émettre l'opinion suivante :

« *La tumeur sous-vulvaire, que l'on désigne généralement* » *sous le nom de précipitation de la matrice, peut être formée* » *par deux maladies différentes : l'une est tout à fait exception-* » *nelle, c'est la véritable chute de l'utérus; l'autre, qui est* » *beaucoup plus fréquente, n'est qu'un allongement et une chute* » *du col, avec renversement et chute du vagin.* »

Pour démontrer l'exactitude de cette proposition, j'ai appelé à mon aide trois ordres de preuves : les *recherches historiques*, l'*anatomie pathologique* et les *faits cliniques*. Alors j'ai passé en revue ce que nous ont laissé certains auteurs sur ce sujet, tels que Saviard, Morgagni, Dance, M. J. Cloquet, M. Cruveilhier, qui tous rapportaient un ou deux faits favorables à ma manière de voir. J'eusse pu, messieurs, y ajouter un fait de Verduc; mais comme ce praticien ne m'avait pas paru de bonne foi dans la discussion qu'il eut avec Saviard sur l'affection de Marguerite Malaure, ou ne pas avoir suffisamment connu les tumeurs vagino-utérines, je me suis dispensé de le rapporter. Voici cependant ce fait. (M. Huguier lit le passage de Verduc.)

Puis j'ai donné une description des pièces du musée Dupuytren, qui sont au nombre de quatre, sur lesquelles trois confirment notre opinion, c'est-à-dire la fréquence de la chute incomplète relativement au prolapsus complet. J'ai fait connaître un fait de M. Demarquay, l'opinion de MM. Cazalis et Cusco, qui, depuis la note que j'ai publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, ont examiné l'affection avec plus d'attention que par le passé, et n'ont plus trouvé dans leurs services, jusqu'à ce jour du moins, que des chutes incomplètes. Enfin je suis passé à l'examen des faits cliniques, qui venaient donner une dernière preuve démonstrative à l'exactitude de ma proposition (1).

(1) Depuis la lecture de mon mémoire à l'Académie, MM. Verneuil et

Notre adversaire, après avoir consulté tous ces documents, et avoir été probablement convaincu par leur irrésistible signification, par une manœuvre très adroite, a changé tout d'un coup de manière de voir ; il s'est fait plus royaliste que le roi, et s'est écrié : « *Je reconnais, au surplus, avec M. Huguier, que le prolapsus complet de l'utérus est excessivement rare; et cela n'est contesté par personne, que je sache.* » A la bonne heure! voilà qui est parler nettement, et je remercie notre collègue d'être passé dans notre camp ; je l'en remercie d'autant plus volontiers, qu'il a beaucoup d'expérience sur ce sujet. Mais c'est un allié sur lequel il ne faut pas trop compter, vous allez le voir.

Subissant comme malgré lui et à regret l'influence occulte et impérieuse des faits, il cherche à s'y soustraire et à les interpréter à sa façon, à faire une retraite honorable. Ainsi le fait de Saviard dont j'ai parlé, dans lequel ce chirurgien a fait l'autopsie et constaté qu'il y avait une chute incomplète, et que le col était allongé, notre collègue le confond avec celui de Marguerite Malaure, dont Saviard ni aucun chirurgien de Paris n'ont jamais fait l'autopsie, et M. Depaul de nous dire que Saviard avait reconnu sur Marguerite Malaure un allongement du col après l'avoir cathétérisée, et vu que la cavité avait 9 centimètres de long, ce qui équivaut à 3 pouces 4 lignes. Il y a là deux erreurs. Elle ne fut pas cathétérisée par Saviard, mais par Verduc, qui constata que la cavité dans laquelle il avait introduit la sonde, et Saviard le reconnaît lui-même, avait 5 ou 6 pouces ; ce qui équivaut à 14 centimètres, si c'était 5 pouces, et à 16 centimètres 3 millimètres, si c'était 6 pouces. Nous voilà bien loin des 9 centimètres de M. Depaul. Et savez-vous, messieurs, quelle conclusion Verduc tira de

Legendre ont eu l'occasion, dans leurs dissections, de rencontrer chacun un cas de prolapsus utérin avec renversement complet du vagin, et il était confirmatif de notre opinion : il en était de même d'un cas qui m'a été communiqué par M. le professeur N. Guillot, bien que ce fût le seul qu'il eût jamais disséqué. L'utérus, de l'insertion du vagin à son fond, avait une longueur de 7 pouces (19 centimètres) ; tout le corps de l'organe était resté dans le bassin.

cette grande pénétration de la sonde? C'est que le vagin seul, et non l'utérus, était tombé chez Marguerite Malaure.

Les faits de MM. Cloquet et Cruveilhier que j'ai invoqués et rapportés en faveur de la chute incomplète de l'utérus et de l'allongement de la portion sus-vaginale de l'organe, prouvent, dit-il, *le contraire de ce que j'avance, et d'après lui j'aurais inexactement rapporté les faits, et je n'aurais pas rendu justice à leurs auteurs.* — Je prie M. Cloquet, ici présent, de déclarer si les dessins ont été fidèlement copiés, et si son texte a été fidèlement rapporté; si, en un mot, je leur ai fait tenir un langage différent de celui qu'ils tiennent en effet. — Quant à M. Cruveilhier, qui n'a pas lu mon mémoire, je vais lire ce qui le concerne, et il pourra déclarer si j'ai été un narrateur et un interprète fidèle. Il est vrai, messieurs, qu'en homme indépendant et qui voulait marquer l'état de la science où il l'avait prise, j'ai ajouté : « *Malheureusement M. Cruveilhier n'a tiré aucune induction séméiologique, diagnostique ou thérapeutique de ces deux cas.* » Était-ce commettre une injustice? Non. — Connaissant le caractère honorable de notre président, j'ai pensé et je pense encore que le plus bel hommage qu'on pût lui présenter était de rendre à César ce qui appartient à César; rien de plus, rien de moins.

Il en a été de même de la signification des faits du musée Dupuytren. M. Depaul a dit dans son deuxième discours : « *Notre collègue nous a parlé de pièces déposées dans le musée Dupuytren et de l'opinion de M. Houël, qui serait conforme à la sienne. J'ai examiné ces pièces, j'ai vu M. Houël; mais je regrette de n'avoir pu vérifier la parfaite exactitude des assertions de M. Huguier à cet égard.* » Voici une lettre de M. Houël qui répondra mieux que moi aux assertions erronées de M. Depaul... (M. Huguier lit la lettre du conservateur du musée Dupuytren, qui prouve l'exactitude de la description des pièces donnée dans son mémoire.)

Tout en reconnaissant que la chute complète de l'utérus puisse avoir lieu quelquefois, puisque j'en rapporte trois exemples dans mon travail, j'ai dit : « A part le cas clinique de Marguerite Malaure, qui cependant n'est pas très con-

cluant, je ne connais que trois faits d'anatomie pathologique, celui de Blandin, celui de M. Morel-Lavallée, et celui du musée Dupuytren, dans lequel il y avait complication de calculs, qui appartiennent à la véritable précipitation. »

Mais, nous a répondu M. Depaul, la science en renferme bien d'autres, tous les chirurgiens expérimentés en ont vu; puis de rapporter à sa façon, comme vous l'avez vu, le fait de Marguerite Malaure (que j'avais moi-même cité et qu'il était inutile de rappeler); ceux, dit-il, contenus dans *Mauriceau.* Voici l'ouvrage de Mauriceau, et je prie mon collègue de me prouver qu'il contient un exemple irrécusable pour vous d'une véritable chute de l'utérus. Mauriceau dit bien qu'on sentait le corps de la matrice dans la tumeur sous-vulvaire, mais il ne dit pas le fond de la matrice. Or, messieurs, il faut qu'on sache que Mauriceau et tous les auteurs de son temps désignaient, sous le nom de corps de la matrice, l'ensemble du corps et du col, réservant le nom du col pour le vagin. Or, il ne s'ensuit pas, parce qu'il a prononcé le mot corps de la matrice, qu'il ait voulu indiquer la partie de l'organe que nous désignons aujourd'hui sous ce nom.

Le fait de Levret ne prouve pas irrécusablement l'existence d'une chute complète. « La tumeur avait à peu près une lon-
» gueur d'un demi-pied (c'est-à-dire 5 pouces et demi); une
» sonde *droite de femme* est introduite d'abord avec une légère
» résistance; l'extrémité de la sonde était dans un canal très
» étroit, et dont les parois étaient solides; elle ne pouvait,
» par conséquent, vaciller en aucun sens...; la sonde entra
» jusqu'à moitié. Lorsque je la retirai, il sortit des yeux
» de cet instrument un peu de matière glaireuse qui s'y était
» attachée... »

La longueur de la tumeur ne prouve absolument rien, puisque nous en avons vu de 6, de 7 et de 8 pouces où l'utérus n'était pas complétement prolapsé. Levret ne dit pas qu'il ait senti le corps ou le fond de l'utérus dans la tumeur. Mais, dit M. Depaul, il a introduit une sonde de femme dans l'utérus, laquelle sonde ne pénétra que jusqu'à la moitié. Or, la moitié de la longueur d'une sonde de femme est de 8 centi-

mètres environ, ce qui équivaut à celle de l'utérus. A mon tour, je répondrai à mon collègue que rien ne montre que la sonde de Levret ait pénétré jusqu'au fond de l'utérus, parce qu'elle était droite et trop volumineuse ; il avait déjà éprouvé de la difficulté pour pénétrer dans la partie inférieure de l'utérus, où elle était serrée ; il est très possible qu'elle se soit arrêtée sous l'orifice interne, ne pouvant pas le franchir. Ce point est, comme on le sait, la partie la plus étroite et souvent coarctée (même contractile) de la cavité utérine. Remarquez encore que ces sondes d'autrefois étaient plus volumineuses que celles d'aujourd'hui. De plus, la sonde a ramené, engagée dans ses yeux, une *matière glaireuse* qui est celle produite par le col et non par *le corps*. Notez qu'il ajoute que *la sonde ne pouvait vaciller en aucun sens*, ce qui ne fût pas arrivé si la sonde eût pénétré jusque dans la cavité du corps.

Enfin Levret ne connaissait pas les anté et les rétroflexions : qui sait si sa sonde n'a pas été arrêtée par l'un de ces deux états ?

Quant aux trois faits de prétendue chute complète rapportés par madame Boivin, deux sont encore moins concluants, car elle s'est contentée de porter un diagnostic *de visu*, et d'après l'étendue de la tumeur, comme le prouve l'analyse que nous en avons donnée. M. Depaul a donc eu tort de nous les présenter comme des faits qui prouvent l'existence de la chute complète. Le troisième et dernier est un fait que M. Depaul n'eût pas dû nous opposer, puisque j'avais dit dans mon mémoire que j'exceptais les cas dans lesquels l'utérus est porté au dehors par un kyste volumineux intrapelvien, et il appartient à cet ordre.

M. Depaul, forcé aujourd'hui de reconnaître que, dans la plupart des maladies ordinairement appelées précipitation de la matrice, il y a allongement de la portion sus-vaginale du col, dit : « *Cet allongement n'existe pas dans les termes et dans les limites où l'a placé M. Huguier, entre l'insertion vaginale et le corps de l'organe. La sonde ne lui a donné que la longueur de la cavité utérine, et l'allongement pouvait bien être général, produit*

par le col et le corps hypertrophiés. » Mais qui a jamais dit le contraire à notre collègue? Qu'il me permette de lui dire qu'il se bat ici contre des moulins à vent; s'il eût lu mon travail avec moins de préoccupation, il se serait abstenu de cette objection; il eût vu qu'à la page 2, en parlant des différentes variétés de l'hypertrophie longitudinale, je dis : « *La troisième espèce envahit presque la totalité du col; cette espèce peut exister quelquefois avec celle du corps de l'organe, ce qui constitue une quatrième variété, l'hypertrophie longitudinale générale. Ce sont principalement ces deux dernières variétés qui simulent la précipitation complète, et qui peuvent l'accompagner quand par hasard elle existe.* » — A la page 155, je reviens encore sur ce sujet. Vous comprenez, messieurs, qu'après avoir ainsi prévenu le lecteur, je ne pouvais répéter à chaque instant dans mon travail : *Allongement de la partie sus-vaginale du col et de la partie inférieure du corps de l'organe.* Mais cela n'eût pas plu à M. Depaul, et il m'eût demandé : *Comment* avez-vous pu savoir si c'était la partie inférieure ou supérieure du corps qui était malade? — C'est absolument la fable du meunier.

Après cette observation sans portée, notre collègue ajoute : « *La structure de cette partie ne diffère en rien de celle du reste de l'organe. On ne voit pas pourquoi, étant toute semblable au tissu voisin, elle aurait le funeste privilége de s'hypertrophier plus souvent que le reste de la matrice. — Où et comment M. Huguier a-t-il donné la preuve de l'existence de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale?* »

Voyons quelle est la valeur de chacune de ces objections. Prétendre que la structure du col ne diffère en rien de celle des autres parties de l'organe... Mais, messieurs, je ne comprends pas qu'une semblable hérésie, non-seulement anatomique, mais physiologique et pathologique, ait échappé à notre collègue, et où, à cette tribune, cela me ferait croire qu'il ignore cette grande et belle loi de la *dualité utérine*, en vertu de laquelle, bien que le corps et le col soient unis, il y a une grande différence dans la structure, dans le développement, dans les mutations que l'âge apporte dans les fonc-

tions et dans les maladies de ces deux parties, au point qu'on pourrait presque dire qu'il y a entre elles une espèce de lutte ou d'antagonisme perpétuel. Malheureusement le temps ne me permet pas de développer cette loi d'anatomie et de pathologie philosophiques.

M. Depaul ne voit pas *pourquoi* cette partie a le triste privilége de s'allonger et de s'hypertrophier. Eh bien! moi, je vais lui dire *pourquoi*. Elle peut s'hypertrophier seule, ce qui ne veut pas dire toujours, parce qu'elle a, comme nous venons de le dire, une organisation propre et indépendante; parce que, dans les circonstances ordinaires de la vie, c'est elle qui fatigue le plus; parce que c'est elle qui reçoit directement le contre-coup des affections vagino-vésicales qui appellent sur elle un état de surexcitation et de congestion qui en augmente la nutrition; parce que dans l'accouchement, même le plus naturel, et ces malades en ont eu, en général, plusieurs, c'est la partie de l'organe qui souffre le plus; parce que, dans les accouchements très lents, dans lesquels la tête est trop volumineuse ou le bassin trop étroit, c'est cette partie qui est froissée, contusionnée contre le pubis; parce que dans les accouchements artificiels, que vous fassiez la version, que vous appliquiez le forceps, le céphalotribe, ou que vous pratiquiez l'embryotomie, c'est encore cette partie de l'utérus qui est le plus froissée : lorsqu'on interroge ces malades avec soin, on apprend que chez beaucoup d'entre elles on a été obligé de pratiquer la version ou d'appliquer le forceps, et que c'est plus ou moins de temps après ces accouchements malheureux que le col de la matrice a commencé à descendre peu à peu; — parce qu'enfin, à la suite de ces accouchements réitérés ou artificiels, les parties qui sont chargées de soutenir, de maintenir et de comprimer mollement le col, sont affaiblies, relâchées, et laissent autour d'elles une sorte de vide qui favorise sa congestion, sa nutrition, son allongement et sa précipitation, sans parler des tractions que le vagin exerce sur lui, lorsqu'il existe une rectocèle ou une cystocèle; tandis que le corps continue à être comprimé et maintenu par les parties qui l'entourent. Voilà certes une réunion de

circonstances plus que suffisante pour produire l'allongement de cette partie de l'organe.

M. Huguier, dites-vous, n'*a donné aucune preuve de l'existence de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col*. Mais que faut-il donc pour vous persuader? Je vous rapporte le fait de Morgagni, celui de Dance, cet observateur si remarquable et si consciencieux, qui dit : « *Le col de l'utérus avait très exactement* 3 *pouces et demi de longueur, et le haut du corps n'était pas altéré ;* » celui si péremptoire de M. Cloquet, enfin. Je présente ici trois faits d'anatomie pathologique qui sont irrécusables, sans parler de mes faits cliniques, que vous rejetez, parce que, dites-vous, le cathétérisme n'a pu nous donner qu'une idée de la longueur, ce qui est une erreur; mais passons sur ce point. Je vous rapporte quatorze faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, que j'ai tenus dans ma main, que j'ai disséqués presque encore vivants, avec le soin que l'on sait que j'apporte dans ces sortes de recherches, et vous ne croyez pas!... Jamais, monsieur, vous ne serez convaincu; mais ce qui nous importe c'est que l'Académie le soit. Quand je dis jamais, j'ai peut-être tort. Je connais un accoucheur très habile, mais très tenace dans ses opinions, qui, pendant cinq ans, nia que la membrane caduque fût formée par la membrane muqueuse utérine. On lui montrait des dessins, des pièces d'anatomie pathologique, rien ne pouvait le convaincre; cependant il croit aujourd'hui : vous ferez peut-être de même.

Il faudrait pourtant que notre collègue fût conséquent avec lui-même; car, quand il s'agit d'autres observations que les miennes, et qu'il m'accuse, à tort, d'avoir laissées dans l'oubli ou de ne pas leur avoir donné leur véritable signification, il s'écrie : « L'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale est connu et décrit depuis longtemps : voyez plutôt ce qu'en ont dit MM. Cloquet, Cruveilhier, et Dugès et madame Boivin» (qui, nous pouvons l'assurer, n'en ont jamais décrit un seul cas qui leur fût propre; mais c'était Dugès et madame Boivin!)

S'agit-il du mécanisme suivant lequel s'opèrent la chute de l'utérus et le renversement du vagin, M. Huguier serait une sorte de présomptueux qui rejetterait avec dédain ce que ses devanciers et ses maîtres lui ont appris, pour avoir une seule théorie à lui, en vertu de laquelle l'utérus, par une poussée active, se porterait au dehors en entraînant et en renversant le vagin. Écoutez, messieurs, si ce reproche est fondé. Page 154... (M. Huguier lit la partie de son mémoire où il montre que la chute de l'utérus ou celle de son col seul peut s'opérer par trois modes différents et non par un seul.)

Et M. Depaul, pour nous montrer que la chute complète de l'utérus est chose fort difficile, qui ne peut s'opérer par une poussée hypertrophique, nous montre une pièce saine d'anatomie sur laquelle il a fait tirer trois hommes vigoureux sans pouvoir produire autre chose qu'une descente utérine! — Je remercie M. Depaul de cette petite expérience, qui vient à l'appui de ma manière de voir, mais qu'il aurait pu s'éviter s'il se fût rappelé le chapitre qui traite de l'anatomie pathologique et ma première conclusion, que voici : « *La chute de l'utérus, qu'elle soit complète ou incomplète, n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées sous un seul nom.* » On comprend donc ainsi pourquoi les trois hercules n'ont pu produire une chute complète sur un cadavre dont les organes sexuels et le plancher du bassin étaient sains. Cette expérience est, pour le dire en passant, la meilleure critique de la légèreté et de la facilité avec lesquelles notre collègue a admis, avec madame Boivin, qu'une jeune femme qui n'avait jamais éprouvé aucune indisposition du côté des organes sexuels fut atteinte tout à coup d'un prolapsus complet au moment où elle franchit d'un seul pas quatre marches d'un escalier, et dont elle a donné le dessin (*Traité des maladies de l'utérus;* atlas, pl. IX, fig. 2). Le dessin et les détails de l'observation démontrent évidemment qu'il n'y avait qu'une chute incomplète.

Savez-vous, messieurs, comment notre collègue a expliqué l'hypertrophie du col, qui, le plus souvent, accompagne la chute de l'utérus? — Par la constriction que l'orifice vaginal

exerce d'une manière plus ou moins étroite sur lui, d'où il résulte comme une sorte d'étranglement qui détermine presque infailliblement une hypertrophie, si elle n'existe déjà!... L'orifice vaginal détermine, chez ces femmes, une sorte de constriction ou d'étranglement sur le col! lorsqu'il venait de dire que la cause la plus puissante du prolapsus de la matrice est un relâchement ou un ramollissement des parois vaginales!... Mais notre collègue me ferait croire qu'il n'a jamais examiné de près l'orifice vulvo-vaginal chez ces sortes de malades, orifice qui se trouve, dans la très grande majorité des cas, considérablement agrandi, qui a perdu non-seulement son élasticité, mais sa contractilité, par suite des violentes distensions et des déchirures dont il a été le siége, ainsi que celles plus ou moins étendues qu'a éprouvées le périnée. S'il eût eu l'occasion de disséquer la région vulvo-périnéale de ces malades, il eût vu que l'anneau vulvaire, si bien décrit par notre collègue, M. Richet, est rompu, que le muscle constricteur du vagin est atrophié ou complétement disparu, que souvent son extrémité postérieure, qui se continue en s'entrecroisant avec l'extrémité antérieure du sphincter anal, est déchirée, et qu'il peut en être de même du muscle transverse du périnée. Et lors même que ces lésions n'existeraient pas, le col, qui occupe le centre de la tumeur, ne pourrait être étreint par l'orifice vaginal, dont il est toujours séparé en avant par la vessie, en arrière par la cavité vagino-péritonéale, lorsqu'il ne l'est pas par le prolongement qu'envoie assez fréquemment la partie antérieure du rectum dans la tumeur.

Quant à la pièce d'anatomie pathologique que M. Depaul a présentée à la dernière séance, elle prouve jusqu'à l'évidence et de la manière la plus péremptoire que le vagin peut être entièrement ou presque entièrement renversé, la portion sus-vaginale du col allongée et prolapsée, le corps ayant conservé ses dimensions et étant resté dans le bassin. Cela me suffit. — Mais, dit notre collègue, ici la portion sus-vaginale, bien qu'étant allongée, a perdu de son épaisseur et de sa largeur. C'est vrai; mais il se garde bien de dire que cette variété

d'allongement est très exactement décrite dans mon mémoire, et que j'ai pris soin de faire remarquer qu'on l'observait lorsque, avec une rectocèle ou une cystocèle préalables, la chute de l'utérus est accompagnée d'un ramollissement du tissu de l'organe ; et c'est ce qui a lieu, en effet, ici. — Je me suis même servi d'une comparaison pour bien faire comprendre cette variété ; j'ai dit. Dans ce cas, le col s'allonge comme un tube de verre soumis à l'action de la lampe de l'émailleur.

A entendre notre collègue, et vous avez dû être fatigués de cette assertion, notre principal moyen de diagnostic serait le cathétérisme utérin. Mais, messieurs, c'est là une erreur profonde qu'on voudrait faire passer dans votre esprit. Nul, peut-être, plus que moi n'a insisté sur la nécessité de bien toucher, de bien palper la tumeur, de pratiquer toujours le toucher rectal combiné avec le toucher hypogastrique, de cathétériser la vessie ; nul n'a indiqué avec plus de soin les fautes qu'un examen superficiel peut faire commettre. A la vérité, le cathétérisme utérin a été pratiqué chez toutes nos malades, mais comme moyen complémentaire et confirmatif du diagnostic, ou pour vérifier certains faits que lui seul peut faire connaître.

Examinons maintenant la question sous le rapport du traitement, et voyons si notre collègue a été plus juste dans ses applications.

Vous l'avez entendu dire maintes fois que nous avions donné des conseils et posé des préceptes excellents, pleins de sagesse, mais que malheureusement, dans la pratique, nous ne les avions pas suivis. Je remercie mon collègue d'avoir reconnu publiquement que nos conseils sont bons ; car si je prouve que je ne m'en suis pas écarté, il aura fait, sans s'en douter, l'éloge de mon travail.

Non, messieurs, je n'ai pas cherché constamment la cure radicale de l'affection, comme le dit M. Depaul ; et ce qui le prouve, c'est que je n'ai pratiqué que 14 opérations sur le grand nombre de malades que j'ai observées. Toutes celles qui n'ont pas été opérées ont été traitées par les moyens pal-

liatifs médicaux et prothétiques. Mais, dira notre collègue, vous n'en avez pas rapporté les observations! Pourquoi faire, dans un travail original déjà très long et qui n'est pas écrit dans le but de venir dire ce que tout le monde sait et ce que tout le monde fait, mais bien pour indiquer les cas graves et exceptionnels qui résistent aux moyens connus et pour lesquels on a été obligé d'en chercher un autre? Ceux-là seuls doivent trouver place dans ce travail. M. Depaul n'aurait pas dû oublier ce que j'ai dit à la page 162 : « Les pessaires peu épais, placés à plat, comme les pessaires en gimblette, ou mieux les pessaires ovalaires, en huit de chiffre..., doivent être préférés... Ce sont, au reste, les seuls qui, dans beaucoup de cas de ce genre, puissent être supportés... Si la maladie coïncide avec un commencement de rectocèle ou de cystocèle, le pessaire en pelle (palaforme) de notre savant collègue, M. Hervez de Chégoin, peut être très utile. J'ai même vu, dans deux cas de ce genre, le pessaire élytroïde, inventé par M. Cloquet, réussir ; mais il faut, comme cela avait lieu chez nos deux malades, que l'ouverture vulvaire ne soit pas trop large. »

Je n'ai pas davantage rapporté les observations des femmes sur lesquelles j'ai pratiqué en vain l'élytroraphie, l'épisioraphie, l'application des pinces de M. Desgranges. C'eût été un hors-d'œuvre et sortir tout à fait de mon sujet; ce qui ne veut pas dire, comme on me l'a fait avancer à tort, que j'ai rejeté d'une manière absolue toutes ces opérations. Non, j'ai au contraire pris soin d'indiquer qu'elles devaient rester dans la science, mais qu'elles ne devaient être employées que contre les véritables chutes sans allongement hypertrophique.

Les femmes que j'ai opérées étaient les plus malades, celles qui ne pouvaient marcher, se tenir debout sans accidents, ou qui souffraient dans leurs tumeurs plus ou moins ulcérées, qui avaient des métrorrhagies qui minaient leur constitution ou qui avaient des incontinences d'urine, et chez lesquelles on avait en vain cherché à réduire et à maintenir la tumeur réduite par diverses espèces de pessaires ou de bandages. Je

désirerais bien que mon collègue me dît ce qu'il ferait aux malheureuses atteintes de ces accidents graves, et chez lesquelles la cure palliative ne sert de rien, et dont on voit tous les jours la santé se miner. Une seule malade a été opérée sans que nous ayons essayé auparavant des moyens contentifs; mais la réduction opérée, la malade ne put la supporter, l'utérus s'étant courbé sur lui-même. Cette courbure de l'organe est une des circonstances qui s'opposent le plus souvent à la réduction et à la contention de la tumeur, par les accidents primitifs ou consécutifs qu'elle détermine.

Pour nous faire tomber en contradiction avec nous-même, M. Depaul nous a prêté les trois opinions suivantes, qu'il serait bien embarrassé de trouver dans notre mémoire :

1° « M. Huguier ne conseille pas d'opérer les malades au-dessus de quarante ans. » Et notre collègue ajoute : « ce qui ne l'a pas empêché d'opérer des femmes de quarante à cinquante ans. » (*Moniteur des hôpitaux*, 7 avril 1859, *Gazette hebdomadaire*, 8 avril.)

2° « Il recommande de ne pas se servir du chloroforme. » (*Moniteur des hôpitaux*, *Union médicale*, *Gazette des hôpitaux*.)

3° « Il ne veut pas non plus de l'écraseur linéaire. » (*Moniteur des hôpitaux*, p. 327.)

Arrivons maintenant à notre opération, qui n'est, bien entendu, et comme nous avons pris soin de l'indiquer, qu'un moyen exceptionnel.

M. Depaul, qui trouve notre opération inutile, des plus graves, par conséquent mauvaise, fait tous ses efforts pour nous l'enlever, pour l'attribuer à Osiander, à Dupuytren et à Lisfranc, qui n'y ont jamais songé, et compare l'opération qu'ils ont pratiquée à la mienne. En faisant une semblable assimilation, notre collègue a montré qu'il a un peu oublié ce que la médecine opératoire lui avait appris. Mais enfin, puisque cette opération est si mauvaise, qu'il nous en laisse donc le fardeau, sans le faire partager à Osiander, à Dupuytren et à Lisfranc, dont il ternit ainsi la gloire. Il se montre en cela peu reconnaissant envers ces grands noms, qui lui ont tant appris! Dans son dernier discours, ce n'était plus

qu'à ce dernier chirurgien qu'il en attribuait l'invention, et cela parce que, dans la description qu'il donne de l'amputation de la portion *sous-vaginale* du col pour les cancers de cette partie, il dit : *Afin de ne pas dépasser l'insertion du vagin, que s'il reste encore une partie cancéreuse,* « *on creuse ensuite, en disséquant le mal, dans l'épaisseur de l'utérus, une espèce de cône à sommet supérieur; ce procédé a très souvent réussi.* » De bonne foi, qu'a de commun avec notre opération l'amputation de la portion sous-vaginale du col au-dessous de l'insertion du vagin, accompagnée (lorsqu'il reste encore du cancer) de la petite excision forcée qu'y ajoute Lisfranc? — Rien.

Messieurs, notre collègue vous a exagéré les difficultés et les accidents opératoires qui, comme je l'ai dit, seraient insurmontables si l'on devait opérer au fond du vagin, dans l'enceinte pelvienne, et non à ciel ouvert, comme cela se pratique. L'accident opératoire le plus à craindre, c'est l'ouverture du péritoine dans le premier temps de l'opération, dans l'incision des parois postérieures réunies du vagin et du col, mais non, comme s'est plu à le répéter sans cesse M. Depaul, dans *le décollement* de ces deux parties. Je me serais bien gardé d'agir ainsi et de conseiller de le faire; ce serait le plus sûr moyen de pénétrer d'emblée dans la cavité péritonéale, et je mets mon collègue en demeure de montrer que le mot *décollement* soit une seule fois prononcé dans ce temps de l'opération. Il y est dit : « *On commencera par l'incision des parois postérieures du vagin et du col; cette incision est pratiquée dans l'insertion même du vagin à cette partie de l'utérus, et doit se tenir dans les limites de cette insertion;* » c'est-à-dire dans cette partie comprise entre le péritoine et le point où la muqueuse vaginale se réfléchit sur le col. « *Cette incision est dirigée en haut et en avant vers l'axe de la cavité utérine; celles qui la suivent sont faites dans la même direction, afin d'éviter plus sûrement la lésion du péritoine.* » Où est-il question de décoller la paroi postérieure du vagin de celle de l'utérus?...

Cette lésion du péritoine, en agissant ainsi, est beaucoup

plus facile à éviter qu'on ne le croirait au premier abord, puisque cet accident ne nous est jamais arrivé, et que M. Chassaignac, qui a pratiqué cette opération six fois, a su également s'en préserver! D'ailleurs n'arrive-t-il pas souvent, dans les ligatures de l'artère épigastrique, de l'iliaque externe, dans la taille sus-pubienne, que nous approchions davantage du péritoine sans l'ouvrir? Et ne nous arrive-t-il pas de le ponctionner tous les jours sciemment sans qu'il s'ensuive le moindre accident? Si, au reste, cette lésion avait lieu, à cause des précautions que nous conseillons de prendre dans l'exécution du premier temps, elle équivaudrait à une simple piqûre, et guérirait tout aussi facilement, l'opération étant suspendue. C'est là une des raisons qui font que je commence l'opération par la division de la partie postérieure.

Notre collègue s'est encore plu à vous exagérer les difficultés et les dangers du décollement de la vessie; on voit par là qu'il ne lui est pas arrivé souvent d'agir sur cet organe. *Que de soins, que de précautions il faut prendre pour ne pas entamer cette partie du réservoir urinaire;* je puis vous assurer, messieurs, que c'est la chose la plus simple et la plus aisée du monde à exécuter sans accident.

C'est encore un système de supposition que notre collègue avance lorsqu'il prétend que l'opération peut être suivie d'hémorrhagie veineuse. Une saignée aussi peut être suivie d'hémorrhagie veineuse, une fois sur deux cents peut-être.

Sans doute cette objection a été faite parce qu'on n'avait pas d'hémorrhagie artérielle à objecter, hémorrhagie qui, dans ce cas, n'est pas à craindre, parce qu'on peut lier les artères à mesure qu'elles sont ouvertes... Une de nos opérées a eu un écoulement de sang assez abondant, qui n'a pas nécessité qu'on la dépansât, et qui s'est arrêté sous l'influence de simples compresses trempées dans l'eau froide appliquées sur le bas-ventre. Il s'est fait, chez une malade, un simple écoulement sanguin dans la journée même de l'opération. Il a été si peu important que l'interne n'a rien fait pour l'arrêter. Chez une autre, il y en eut un, le sixième jour, au moment de la chute d'une ligature; il s'arrêta seul.

Notre collègue, exagérant les troubles fonctionnels qu'ont éprouvés quelques-unes de nos malades, troubles qui sont presque inséparables d'une opération quelle qu'elle soit, est venu plutôt en homme du monde qu'en praticien vous les présenter comme des accidents sérieux. Il vous a dit : des malades ont eu de *la fièvre, des douleurs abdominales, des douleurs utérines, des frissons, des nausées, des vomissements, des hémorrhagies légères, et dans un cas il y a eu oblitération du conduit utérin!* Messieurs, il y a une chose qui m'a étonné, c'est qu'une opération, si grave en apparence, soit si rarement suivie de véritables accidents. Mais voyons la fréquence et la valeur de ceux que vient d'indiquer M. Depaul.

Sur 14 opérées, 4 seulement ont eu, le soir même de l'opération, une fièvre traumatique légère, qui, le lendemain matin, n'existait plus ; ce sont les malades des observations 20, 24, 25 et 30. — Les dix autres n'ont pas eu de fièvre, et eussent mangé le soir même si on les eût écoutées.

Deux seulement ont eu des douleurs abdominales légères, ce sont les malades des observations 26 et 27 ; le lendemain, elles étaient passées. — Les 12 autres n'ont pas eu de douleurs dans le ventre ni de tension de cette partie. — Une seule a eu des coliques utérines, des frissons, des nausées, qui ont duré plusieurs heures, et se sont passés dans la nuit même pour ne plus revenir : c'est le n° 29.

Une seule a eu des vomissements, qu'elle attribua au chloroforme : c'est le n° 33, et une des régurgitations de boissons.

Une malade a eu une *oblitération du conduit utérin*, dit M. Depaul, c'est vrai. Mais il ne vous a pas fait connaître dans quelles conditions elle s'est faite, et c'est le tort qu'il a eu. C'était chez une femme que j'ai opérée à l'âge de cinquante-neuf ans, et sur laquelle, sept ans plus tard, à soixante-six ans, je trouvai, à l'autopsie, l'ouverture de la cavité utérine fermée par une membrane qui avait à peu près 1 millimètre d'épaisseur. Voici la pièce, et vous pouvez juger si cette membrane eût été de nature à résister à un épanchement de sang ou de mucus qui se serait fait dans la cavité utérine.

Tout le monde sait que, chez les femmes de cet âge, où la menstruation a cessé depuis longtemps, et chez lesquelles la sécrétion utérine n'existe plus ou presque plus, on rencontre assez souvent le col utérin oblitéré spontanément. Chez toutes les autres malades la cavité utérine est restée libre.

Une de nos opérées, vous a-t-on dit, *a eu une péritonite*. C'est encore vrai. Mais ici encore on a gardé le silence sur l'époque à laquelle cette inflammation s'était manifestée, et sur l'imprudence à la suite de laquelle elle s'était développée; c'est une lacune qu'on ne devait pas commettre. On a préféré vous laisser croire que c'était immédiatement après l'opération et par le fait même de celle-ci.

Le 18 septembre 1851, la malade fut opérée; le soir même, pas de fièvre, la figure est rayonnante; elle demande à manger. Le lendemain et les jours suivants, son état est aussi satisfaisant. — Le 7 octobre, on examine la malade. Toutes les parties qui ont subi l'opération sont souples, sans douleur et sans chaleur anormale. — Le 8, c'est-à-dire *vingt jours après l'opération*, la malade se trouve si bien que, malgré toutes les recommandations qui lui avaient été faites, elle commet l'imprudence de se lever et d'aller au jardin, où elle se refroidit. Là elle ressent des douleurs abdominales, et, le soir, elle éprouve du frisson et de la fièvre, et les signes d'une péritonite qui n'eut pas de suites sérieuses. — Maintenant que vous connaissez le fait, vous pouvez juger si cette péritonite devait être mise sur le compte de l'opération?

Enfin M. Depaul a attribué, sans aucune hésitation et sans avoir tenu compte des faits, la mort de deux de nos malades à la nature de l'opération qu'elles ont subie. Je comprends que l'on se soit fait cette question, que j'ai discutée moi-même avec autant d'impartialité que si elle m'eût été étrangère. Mais je ne comprends pas qu'on soit venu la résoudre affirmativement devant l'Académie sans avoir mis sous ses yeux les pièces du procès. Ce que notre collègue devait faire, dans l'intérêt de la justice, je vais le faire.

Une de nos malades (n° 26), dit-il, a succombé à une infection purulente. Dès le lendemain de l'opération, elle a offert

du ballonnement abdominal, des frissons quotidiens, puis de la fièvre continue ; la bouche est devenue sèche, les dents fuligineuses. A l'autopsie, on trouva deux tubercules gros comme des noisettes dans le cerveau, et M. Huguier n'hésite pas à leur attribuer tous les troubles observés. — Voici le fait : Trois ans avant son entrée à Beaujon, elle fut conduite, par la police, à l'hôpital de Lourcine, pour une syphilis constitutionnelle, affection qui, comme on le sait, porte assez souvent son action sur le cerveau.

Lors de son entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Sandras, pour se faire soigner d'une pneumonie, elle avait déjà éprouvé des accidents nerveux ; elle ne pouvait marcher ni même se tenir debout sans éprouver des douleurs dans les reins, les aines et les cuisses. Ses jambes étaient faibles, tremblantes, et flageolaient sous elle, lors même qu'elle n'avait pas de douleurs. Ces derniers symptômes, qui appartiennent aux affections du système nerveux central, furent confondus par Sandras lui-même avec ceux du prolapsus utérin, et il m'adressa la malade, qui fut opérée le 24 octobre 1852, en présence de notre savant collègue, M. Barth, et de plusieurs autres médecins. La malade fut chloroformée. C'est peut-être le tort que nous eûmes, parce que, avec les tubercules cérébraux dont elle était atteinte, et dont nous ne soupçonnions pas l'existence, le chloroforme a pu concourir à la manifestation de la méningo-encéphalite.

Jamais opération ne fut plus prompte et plus simple. Pour la première fois je n'eus aucune ligature d'artère à pratiquer. Dans la journée il y eut des besoins d'uriner ; un peu de douleur, de ballonnement du ventre, et un suintement sanguin assez abondant, mais pas d'hémorrhagie (c'est cependant ce que M. Depaul appelle des hémorrhagies). Dans la soirée on renouvelle le pansement ; la malade passe une très bonne nuit.

Le lendemain, 25 octobre, l'état général est excellent ; le ventre n'est ni ballonné ni douloureux ; la malade peut uriner sans qu'on retire la mèche, plus de suintement sanguin.

Le surlendemain, 26, elle accuse quelques légères coliques,

de la céphalalgie, des douleurs dans les talons; petits frissons, léger état fébrile qui dure de quatre à dix heures du soir.

Les jours suivants se manifestent tous les signes d'une méningo-encéphalite sans douleurs, sans embarras, ni tension vers le ventre, qui est toujours resté libre de tout accident. C'est la veille de la mort seulement que la langue est devenue sèche et fuligineuse.

A l'autopsie, on trouve une congestion séreuse dans les méninges, il y a au moins un demi-verre de sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde cérébrale; on trouve deux tubercules gros chacun comme une noisette dans le lobe antérieur droit du cerveau, qui est piqueté et injecté.

Tous les autres organes étaient entièrement sains. La cavité abdominale, pas plus que les culs-de-sac péritonéaux, ne renferment le plus léger épanchement de sérosité claire ou opaque. Sur aucun point de l'utérus, de ses annexes ou du tissu cellulaire voisin, on ne trouve de pus ni de traces d'inflammation. Il en est de même des veines du col, du corps de l'utérus et des ovaires. Fendues en tous sens, on n'y trouve aucune altération. Elles sont volumineuses, contiennent du sang noir, non coagulé. Les vaisseaux lymphatiques de ces parties n'offrent aucune lésion; ils ne sont pas même visibles. Le tissu de l'utérus n'offre absolument aucune altération; sa cavité renferme un peu de mucus filant et transparent.

Si maintenant, avec M. le docteur Courot, alors interne du service, et qui a rédigé l'observation avec toute l'intégrité qu'on lui connaît, nous nous posons cette question : La mort a-t-elle été la conséquence de la lésion spéciale qu'on a fait éprouver à l'utérus, et de l'infection purulente? nous n'hésitons pas à répondre par la négative :

1° Parce qu'en remontant aux antécédents de la malade, on sait qu'elle avait déjà éprouvé des signes de lésion du centre du système nerveux, qui étaient passés inaperçus;

2° Parce que les symptômes cérébraux ont commencé avant la suppuration vagino-utérine;

3° Parce que, pendant la vie, on n'a jamais observé aucun symptôme d'affection utérine ou abdominale;

4° Parce que l'examen le plus attentif du péritoine, de tous les organes abdominaux et particulièrement des organes pelviens, n'a pu nous faire découvrir la moindre trace de péritonite aiguë, de métrite, de phlébite ou d'angioleucite, que les ligaments larges et les ovaires ne nous ont offert aucune altération;

5° Parce que, nulle part, nous n'avons trouvé de trace de pus ou d'infection purulente;

6° Parce que la plaie utéro-vaginale était cicatrisée, et qu'autour de la cicatrice il n'existait pas le plus léger signe d'inflammation;

7° Enfin, parce que les accidents symptomatiques que la malade a présentés et les altérations qu'on a trouvées dans l'encéphale rendent parfaitement compte de la mort.

Si donc l'opération a été pour quelque chose dans le développement de la méningo-encéphalite, et nous ne saurions en douter, elle n'a agi, avec le chloroforme, que comme cause perturbatrice du système nerveux central, et non comme opération spéciale. Tout ébranlement de l'économie, toute action chirurgicale eût pu produire le même résultat chez une personne qui portait des tubercules dans le cerveau.

Nous comprenons encore moins comment notre collègue a pu affirmer que la mort de l'autre malade, qui eut lieu quatre mois après l'opération, en a été la conséquence.

Elle est morte, dit-il, d'*abcès dans les reins qui ont suivi une néphrite, suite d'une cystite aiguë développée après et par l'opération, ce que démontrent assez les détails très complets et très exacts que contient l'observation.*

Oui, messieurs, notre observation est très complète, et surtout très exacte, et si j'ai un reproche à faire à notre collègue, c'est de n'avoir pas imité celui qui l'a recueillie, c'est de ne pas avoir rapporté le fait *exactement* et *complétement* devant l'Académie. En effet, elle démontre que la cystite et l'affection des reins étaient fort anciennes et indépendantes de l'opération.

A trente et un ans, huit ans avant son opération, lors de

son premier accouchement, qui fut long, difficile, et nécessita l'application du forceps, la malade, pendant les douze jours qui suivirent l'accouchement, souffrit beaucoup de la vessie; elle urinait difficilement et avec beaucoup de douleurs. Les trois premiers jours, on fut obligé de la sonder pour la faire uriner. Elle conserva de la douleur derrière le pubis et dans les reins.

Quelques mois après, il survint des besoins pressants d'uriner joints à une miction impossible, ou s'accompagnant de frissons, de tremblements lorsque la malade voulait faire des efforts violents pour rendre ses urines. Celles-ci étaient souvent troubles, blanchâtres et laissaient déposer au fond du vase un sédiment d'un jaune grisâtre; elles exhalaient une odeur désagréable après avoir été rendues. En même temps les douleurs des reins augmentaient. Ces accidents se renouvelèrent à plusieurs reprises avant son entrée à l'hôpital.

Ainsi, comme vous le voyez, les accidents de cystite et de néphrite existaient longtemps avant l'opération; elle éprouvait aussi, de temps en temps, de la fièvre et de la diarrhée. Pendant deux mois, plusieurs moyens et deux espèces de pessaires, ceux de MM. Cloquet et Chégoin, furent employés inutilement.

Elle fut opérée le 11 janvier 1853; l'opération fut facile et quatre artères seulement furent liées.

Le soir, fièvre légère; on sonde la malade, qui a un besoin douloureux d'uriner.

Dans la nuit, il y a quatre heures de sommeil.

Le lendemain 12, pas de fièvre; le ventre n'est ni tendu, ni douloureux; on est obligé de sonder la malade. Le besoin de prendre de la nourriture se fait sentir; j'ordonne deux bouillons et deux soupes.

Le 13, l'état est très satisfaisant, pas de tuméfaction ni de douleur abdominale. — Une portion d'aliments.

Les jours suivants, la malade continue à bien aller.

Le 14, la malade urine sans le secours de la sonde, seulement les urines sont encore troubles et causent, au moment de la miction, quelques cuissons dans le canal.

Le 17, j'accorde deux portions d'aliments; on ne fait plus de pansement.

Les 18 et 19, même état jusqu'au 25.

Le 26, sans cause connue, sans imprudence commise : mouvement fébrile, douleur dans les reins et dans le bas-ventre derrière le pubis; le toucher est douloureux en avant et sur les côtés.

Le 27, même état. Les règles arrivent, et avec elles tous ces légers accidents disparaissent.

Le 10, elle se lève pour la première fois.

La position de la malade va en s'améliorant jusqu'au 24 février au soir. Après s'être donné plus de mouvement que d'habitude et avoir rendu quelques services à des malades, elle est prise de coliques néphrétiques qui durent pendant six jours; après cet accès, sa santé reprend graduellement.

Le 20 mars, elle descend au jardin avec les personnes qui sont venues lui faire visite; elle reste longtemps assise sur un banc; elle est saisie par le froid, frissons très violents, nouvel accès de colique néphrétique; rien du côté des organes sexuels.

Les jours suivants, l'accès se calme, mais la fièvre continue encore pendant quelques jours.

Le 3 avril, sa maîtresse vint la visiter et lui déclarer qu'elle la remplace par une autre domestique, ce qui l'affecte beaucoup et ramène la fièvre.

Le 7, elle demande une permission de sortir pour déménager sa chambre. Elle rentre le soir à l'hôpital, plus souffrante que jamais; elle peut à peine se tenir debout et se traîner.

Les accidents vont en s'aggravant et elle meurt le 13.

A l'*autopsie*, nous trouvâmes la vessie enflammée et hypertrophiée; elle contenait un calcul du volume d'un noyau de cerise. Les uretères étaient fortement élargis; les reins, dilatés par de l'urine et du pus, étaient le siége d'une néphrite calculeuse et non d'un abcès. Il y avait deux calculs dans le rein droit et trois dans le rein gauche.

Voilà, messieurs, ce qui existait et qu'on a pris soin de

passer *complétement* et *exactement* sous silence aux dépens de la vérité.

Je me dispenserai, pour ne pas vous fatiguer, de répondre à l'analyse tout aussi inexacte qu'a faite notre collègue des autres observations.

Je regrette, autant pour l'Académie que pour moi-même, d'avoir été forcé d'entrer dans tous ces développements, et d'avoir exposé une seconde fois à la tribune des détails et des faits qui se trouvent dans mon mémoire. Mais j'ai été entraîné dans cette voie par mon savant collègue, et, comme en analysant mon travail, il s'était efforcé de prouver qu'il ne renfermait qu'*erreurs* et *inexactitudes*, il m'a fallu le relire en quelque sorte devant vous, pour vous montrer combien une pareille appréciation était mal fondée.

— M. Moreau : Je voudrais bien, une fois pour toutes, qu'on renonçât à faire des leçons à cette tribune ; ce n'est pas le lieu. M. Huguier a étudié dans son mémoire un point de diagnostic très important, et, après l'en avoir loué, je suis forcé de blâmer l'usage de l'hystéromètre, et voudrais qu'on ne s'en servît pas. Son usage me paraît propre à provoquer l'avortement, et je ne saurais approuver, dans aucun cas, l'avortement. C'est une manœuvre contraire à la science, à la morale et à la religion.

De plus, je ne vois pas la nécessité de l'amputation que préconise M. Huguier, puisque la lésion contre laquelle il dirige cette dangereuse opération, permet aux femmes qui en sont atteintes, de vivre et de parvenir même à un âge très avancé.

— M. Huguier : Je répondrai un seul mot. Ce n'est pas moi qui ai fait une leçon ; je n'ai fait que suivre pas à pas mon honorable contradicteur sur le terrain où il lui a plu de me conduire.

Quant à l'hystéromètre, sans doute son usage pourrait être dangereux, si on l'employait dans de mauvaises conditions et sans certaines précautions ; mais, bien employé, et prudemment, jamais il ne détermine d'accidents. Toutes

les objections qu'on lui adresse, peuvent être adressées à tous les autres cathétérismes. Au surplus, je me propose d'entretenir prochainement l'Académie de l'hystérométrie.

Aucun orateur n'étant inscrit et personne ne demandant la parole, M. le président déclare la discussion close.

LECTURES.

Sur un nouveau mode d'articulation des sons par le nez et la lèvre inférieure, dans un cas d'ablation de l'os maxillaire supérieur, de la lèvre supérieure, etc., par M. le docteur Parise, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de Lille, ancien interne des hôpitaux.

(Extrait par l'auteur.)

M. Parise présente à l'Académie l'opéré sur lequel il a fait ses observations physiologiques. C'est un homme âgé de cinquante-neuf ans, auquel, il y a vingt-deux mois, il a pratiqué, pour un cancer fibro-plastique qui avait envahi presque toute la mâchoire supérieure, la joue droite, la lèvre supérieure, etc., l'ablation totale de l'os maxillaire supérieur, du palatin, du cornet inférieur droits, de la plus grande partie de l'os maxillaire supérieur gauche, d'une portion de la joue droite, et de la lèvre supérieure presque tout entière. Le voile du palais a été conservé et la lèvre supérieure et la joue reconstruites par l'autoplastie.

L'opéré, parfaitement portant, mange facilement, boit facilement et parle d'une manière très intelligible. La mastication des aliments solides se fait par la troisième dent molaire gauche, qui a pu être conservée. La déglutition a lieu de la manière suivante : la langue, disposée en gouttière, conduit le liquide ou l'aliment sous le voile du palais, l'y retient; puis, s'appliquant sur son bord antérieur, elle le fait glisser d'avant en arrière dans le pharynx.

L'articulation des sons s'exécute par un mécanisme très curieux : elle se fait *par le nez et la lèvre inférieure*. Le bord

alvéolaire supérieur manquant en totalité, moins l'implantation de la troisième dent molaire gauche, la mâchoire inférieure vient au contact du nez; d'autre part, la lèvre supérieure, bien que parfaitement reconstituée, manquant de point d'appui en arrière, a subi un mouvement de rétrocession de 2 centimètres 1/2, et a entraîné le nez dans le même sens. Il résulte de ces dispositions anatomiques que la lèvre inférieure projetée en avant et en haut peut embrasser le lobule du nez et le contour des narines, fermer ainsi la communication entre la colonne d'air intérieure et l'air extérieur, et permettre une véritable articulation des sons entre le nez et la lèvre inférieure. La lèvre supérieure vient en aide à la lèvre inférieure, en s'appliquant sur la moitié postérieure des narines, qu'elle ferme en manière d'opercule.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Expériences sur le traitement du cancer instituées par le sieur Vriès à l'hôpital de la Charité, sous la surveillance de MM. Manec et Velpeau. — Compte rendu à l'Académie impériale de médecine, le 29 mars 1859, par M. le professeur Velpeau. In-8 de 48 pages.

Histoire naturelle générale des règnes organiques, principalement étudiée chez l'homme et les animaux, par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Tome II, 2e partie.

Discours prononcé à Strasbourg le 22 juillet 1858 à la séance de clôture de la session extraordinaire de la Société botanique de France, par M. A. Fée, président de la session.

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, faites à la Faculté des sciences de Paris, par M. A. Milne Edwards.

Necrologia de Eugenio Soubeiran, par M. Dom Joaquin Pujol y Sagristo.

Analyse de la nouvelle source de Contrexéville, par M. J. Lefort.

Vittel (Vosges), ses eaux minérales, par le docteur J. Patezon.

Necrologia del dottore Agostino Cappello letta all Accademia Pontaniana di Napoli del prof. Salvatore de Renzi.

Researches into the phenomena of respiration, by Edward Smitd.

Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. V, 8e et 9e livraisons.

La Revue médicale française et étrangère. 15 avril.

Bulletin général de thérapeutique. 15 avril.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 12.

La Revue thérapeutique du Midi, 15 avril.

Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille, n. 2. Avril.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Avril.

Gazetta medica Italiana Stati Sardi, n. 15.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 15.

L'Abeille médicale, n. 16.

Gazette médicale de Lyon, 15 avril.

Gazette médicale de Paris, n. 16.

La France médicale et pharmaceutique, n. 16.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 8.

Le Progrès, n. 15.

L'Union médicale, n. 44 à 46.

La Clinique européenne, n. 16.

Gazette des hôpitaux, n. 44 à 46.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 44 à 46.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 15.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Denonvilliers comme membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Une lettre par laquelle M. le docteur Bertin, médecin inspecteur des eaux minérales de Foncaude, fait connaître les motifs pour lesquels il ne peut adresser de rapport sur le service de cet établissement. — Des échantillons de l'eau d'une source située dans la commune de Sçay (Haute-Loire), pour être analysée dans le laboratoire de l'Académie. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Un mémoire de M. le docteur Paillon, sur le danger de l'emploi des papiers de tenture peints au vert de Scheele, lorsque ces papiers ne sont pas glacés. (*Commissaires :* MM. Guérard et Londe.)

III. La recette et l'échantillon d'un remède contre la dysenterie. — Une nouvelle pièce relative au remède présenté par le sieur Delmasfort. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Des instructions relatives aux mesures à prendre pour hâter la distribution annuelle des récompenses pour la vac-

cine. — Le tableau des vaccinations pratiquées en 1858 dans le département de la Loire-Inférieure. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. MM. les docteurs Ambroise Tardieu et Deville se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale. (*Renvoi à la section.*)

II. M. Pamard, correspondant à Avignon, adresse à l'Académie la relation d'un cas rare de chirurgie. (*Renvoi* à M. Huguier, pour rapport verbal.)

III. Mémoire sur le traitement de la néphrite albumineuse par l'huile de foie de morue, par M. le docteur Pagès. (*Commissaires :* MM. Grisolle et Beau.)

IV. Note complémentaire sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre, etc., etc., par M. le docteur Rochard (de Brest). (*Commissaires :* MM. Robert et Laugier.)

DISCUSSION.

De l'introduction des médicaments dans le lait par voie d'assimilation digestive.

M. Boudet : Dans la dernière séance, M. Bouley a lu un excellent rapport sur un mémoire du docteur Labourdette ayant pour objet l'introduction des médicaments dans le lait par voie d'assimilation digestive. J'ai voté les conclusions de ce rapport et je me suis associé aux justes éloges que le rapporteur et l'Académie ont décernés au docteur Labourdette; sa courageuse persévérance, son désintéressement, son habileté et les résultats qu'il a obtenus méritaient bien ces éloges. Mais si j'ai voté les conclusions du rapport, c'est parce qu'elles avaient été formulées avec une sage réserve et ne préjugaient rien pour l'avenir de la question de thérapeutique à laquelle se rattachent les travaux du docteur Labourdette. Toutefois, j'ai regretté en les votant qu'une question aussi intéressante

et aussi étendue, une fois posée devant l'Académie, ait été arrêtée court, pour ainsi dire, et n'ait provoqué aucune objection, aucunes réflexions sur l'avenir qui peut lui être réservé.

Avant les expériences du docteur Labourdette, plusieurs médecins distingués avaient fondé de grandes espérances sur le traitement de certaines maladies par le lait, dans lequel on aurait introduit des médicaments, tels que le mercure et l'iode, par voie d'assimilation digestive ; ce traitement, appliqué à de jeunes enfants par le lait de leurs mères ou de leurs nourrices, paraissait avoir eu quelques résultats favorables. Mais aucune expérimentation méthodique n'avait été instituée pour vérifier ces expériences et ces présomptions, si ce n'est celle du docteur Cullerier qui, malgré un succès plus apparent il est vrai que réel, avait conclu contre l'efficacité du traitement indirect.

Voici, au reste, l'expérience de Cullerier, et je dois la rappeler :

Un enfant naît atteint de syphilis, sa mère est soumise au traitement mercuriel ; au bout d'un mois les symptômes du mal disparaissent. Ils se montrent une seconde fois et disparaissent après un second traitement indirect ; ils reparaissent une troisième fois quelques mois plus tard et ne cèdent qu'à un traitement indirect prolongé pendant trois mois. Ils se reproduisent une quatrième fois; on pratique le traitement direct et l'enfant est définitivement guéri.

Ainsi la seule observation régulière sur laquelle le traitetement indirect puisse s'appuyer est loin d'être concluante. Cependant, sur la foi de vagues espérances, des chimistes habiles, MM. Péligot, Henry et Chevallier, avaient administré à des ânesses de l'iodure de potassium, du chlorure de sodium, du sulfate de soude, des composés de mercure, dans le but de faire passer ces médicaments dans le lait de ces animaux, et ils y avaient constaté la présence du sel marin et de l'iode; mais ce n'était qu'en faisant usage de procédés très délicats qu'ils savaient reconnaître quelques traces de ce dernier corps, et ils n'avaient pas même pu songer à exami-

ner dans quel état il s'y trouvait (1). D'ailleurs, l'expérience leur avait montré que ce résultat si incomplet ne pouvait être obtenu qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et aux dépens de la qualité du lait, de la santé et même de la vie des animaux.

Tel était l'état de la question, lorsque le docteur Labourdette s'est attaché, avec une remarquable persévérance, à la poursuite du but que MM. Peligot, Henry et Chevallier n'avaient pu atteindre dans des conditions convenables pour être mises en pratique. En combinant avec une sagacité remarquable les ressources d'une alimentation choisie et substantielle avec celles des conditions hygiéniques les plus favorables et d'une médication spéciale, et en luttant avec habileté contre les effets délétères des agents médicamenteux, le docteur Labourdette est parvenu à les maîtriser en quelque sorte, à maintenir un équilibre factice entre les ravages de l'intoxication et la réaction de la vie, et à obtenir des animaux qui, tout en conservant les caractères extérieurs de la santé, pouvaient pendant un certain nombre de mois fournir du lait de bonne apparence, d'un goût agréable, et dans lequel les recherches les plus délicates ont permis de constater la présence de l'iode, du mercure et de l'arsenic.

Ainsi, c'est au prix des plus longs, des plus dispendieux sacrifices, c'est après dix ans d'expériences dirigées avec une habileté et une persévérance incomparables, c'est en administrant à des vaches des quantités considérables de composés iodiques, mercuriaux et arsenicaux, que l'on est arrivé à obtenir du lait qui contenait des traces d'iode, de mercure, d'arsenic.

Mais à quel état se trouvent ces corps dans le lait, dans quelles proportions les contient-il? S'y retrouvent-ils à l'état d'iodures, de chlorures, d'arsénites ou d'arséniates, ou bien à l'état d'iode, de mercure, d'arsenic engagés dans une combi-

(1) L'observation du docteur Cullerier est empruntée à un mémoire très intéressant sur le traitement de la syphilis des nouveau-nés, qu'il a publié en 1852, dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

naison organique, et quelle est cette combinaison ? Sont-ils en dissolution dans le sérum, ou associés aux éléments organiques du beurre, ou de la lactine, ou de la caséine, ou de l'albumine ; car le lait est un composé de tous ces principes immédiats. Quel est celui qui s'est approprié, assimilé ces agents ?

Sous ce point de vue si digne d'intérêt, la question n'a été envisagée ni dans le mémoire du docteur Labourdette, ni dans le rapport de M. Bouley, et cependant combien il serait curieux de savoir si l'iode, par exemple, se trouve dans le lait des animaux soumis à l'entraînement iodique, à l'état d'iodure de potassium en solution dans le sérum, ou à l'état de combinaison organique avec la matière grasse ou avec les matières albuminoïdes ; car s'il était démontré qu'il fait partie de la molécule organique, on pourrait trouver dans cette condition des motifs de croire à une action spéciale de l'iode sous cette forme nouvelle ; tandis que si la première hypothèse était vérifiée, on ne devrait pas s'attendre à trouver dans le lait ioduré par assimilation digestive, d'autres propriétés que celles que nous présentent les iodures, les bromures en dissolution très étendue, comme ils se rencontrent dans certaines eaux minérales, et cette conséquence s'appliquerait également à l'arsenic. Mais en admettant l'hypothèse la plus favorable à la valeur thérapeutique du lait médicamenteux obtenu par la méthode du docteur Labourdette, c'est-à-dire l'existence de l'iode à cet état de combinaison organique, dont la cérébrine, la taurine et certains alcalis organiques artificiels nous offrent l'exemple pour le phosphore, le soufre, le brome, l'iode, état dans lequel les propriétés chimiques de ces corps sont dissimulées, ne sont plus sensibles aux réactifs ordinaires et où on ne peut constater leur existence qu'après avoir détruit le groupe moléculaire dont ils font partie ; en admettant cette hypothèse, il faudrait au moins, pour inspirer quelque confiance dans la valeur du médicament, démontrer qu'il contient une notable proportion d'iode, et que cet iode se trouve dans des conditions analogues à celles où on le rencontre dans les huiles de foie de morue et de raie, dont

l'efficacité est attribuée en partie au moins à l'iode et au brome qu'elles contiennent dans la proportion de 4 à 5 dix-millièmes. Or il y a tout lieu de penser que l'iode se trouve dans le lait des vaches soumises à l'entraînement iodique, en proportions infiniment plus faibles ; et d'ailleurs l'huile de foie de morue ne présente-t-elle pas des avantages considérables, à d'autres points de vue, sur le lait ioduré. Cette huile, en effet, n'est pas un produit obtenu par une sorte de violence faite à l'économie animale ; c'est un produit naturel ; les animaux qui la fournissent vivent au milieu d'un élément dans lequel se trouve l'iode et le brome, le chlore, le soufre, le phosphore; ils se les assimilent naturellement en vivant de leur vie normale. Ces corps se rencontrent dans le foie qui paraît avoir la propriété de localiser certaines substances, et non-seulement dans le foie, mais dans l'huile qu'il renferme et où ils se trouvent probablement combinés aux éléments de l'oléine. Cette huile s'obtient en abondance et à peu de frais, l'estomac la supporte avec facilité et d'innombrables succès démontrent son efficacité. Le lait ioduré est loin d'offrir les mêmes garanties ; c'est un produit anormal obtenu en faisant violence à la nature, en rendant les animaux malades. Ce lait lui-même offre les caractères d'une altération incontestable dans sa composition, et si l'honorable rapporteur lui a trouvé un goût agréable, est-il bien sûr que l'estomac pourrait le supporter facilement? Étant si peu riche en iode, il faudra sans doute qu'il soit employé longtemps et en abondance pour produire des résultats utiles ; il faudra que des malades rachitiques, scrofuleux, phthisiques, se soumettent en conséquence à une nourriture essentiellement lactée, se chargent l'estomac d'un volume considérable de lait d'une qualité au moins douteuse, fourni par des vaches plus ou moins malades et tel qu'on l'exclurait en toute autre circonstance d'un régime hygiénique ; et quel succès important peut-on espérer en soumettant des adultes à ce traitement laborieux, lorsqu'on voit des enfants à la mamelle, dont les organes, éminemment impressionnables, ne réclament pas d'autre nourriture que le lait, n'éprouver que des effets incertains et

passagers d'un traitement prolongé pendant trois mois, comme dans l'observation du docteur Cullerier.

On s'est livré sans doute à des espérances problématiques et à de véritables illusions lorsqu'on a songé à fonder une méthode thérapeutique nouvelle et générale sur l'emploi du lait chargé de médicaments par assimilation digestive.

Rien ne prouve jusqu'ici que les médicaments introduits dans le lait des animaux par les voies digestives s'y trouvent dans un état spécial et qui en augmente l'efficacité, et la saveur salée que l'on peut communiquer au lait en mêlant le sel marin à la nourriture des vaches semble autoriser à présumer que l'iodure de potassium peut y passer en nature. Mais à supposer même que le lait pût contenir l'iode, le brome, à l'état de combinaison organique, il ne représenterait, il faut le reconnaître, qu'un médicament analogue à celui que la nature a réalisé dans les huiles de foie de raie et de foie de morue et dans des conditions infiniment plus favorables.

En résumé, les travaux du docteur Labourdette offrent un très grand intérêt au point de vue physiologique ; c'est une œuvre remarquable et digne des plus grands éloges d'avoir triomphé comme il l'a fait dans la lutte qu'il a pu, à force d'habileté et de persévérance, soutenir victorieusement contre une intoxication continue, d'avoir ainsi démontré dans cette lutte, combien la nature, le régime, une médication éclairée, offrent de ressources contre l'intoxication ou la maladie. Il y a là un grand mérite de patience, de talent et de désintéressement ; mais au point de vue des applications à la thérapeutique, il faut avoir la franchise de reconnaître qu'il y a peu de chances de succès pour le traitement indirect, et j'ai cru rendre un véritable service au docteur Labourdette en mêlant quelques avertissements, quelques paroles de critique bienveillante, aux éloges qu'il a si bien mérités.

Permettez-moi, messieurs, une dernière réflexion. Une opinion tend à s'établir depuis quelque temps, qui consiste à attribuer une grande valeur thérapeutique aux substances inorganiques, telles que l'iode, le chlore, le brome, le

phosphore, le soufre, le mercure, l'arsenic, lorsqu'ils font partie d'un composé organique, lorsqu'ils sont devenus un des éléments de sa molécule intégrante; il suffit, en quelque sorte, qu'un corps, qu'une substance minérale ait traversé l'organisme pour que l'on suppose qu'elle a dû acquérir des propriétés nouvelles et importantes. C'est sous l'inspiration de cette opinion que le docteur Labourdette et ses devanciers ont entrepris leurs recherches; je suis loin de m'inscrire contre elle; il est possible qu'elle soit fondée plus ou moins, et je ne voudrais point arrêter les tentatives méritoires qui ont déjà été faites dans la voie nouvelle que cette idée semble ouvrir; mais, s'il m'est permis d'exprimer ici un avis, je voudrais que cette idée ne fût pas acceptée sans un examen sérieux, sans un contrôle très sévère.

La chimie a découvert ou créé des combinaisons qui, comme la cérébrine, la taurine, certains alcalis organiques artificiels ou quelques autres substances analogues, contiennent du phosphore, du soufre, du brome, de l'iode, du sélénium, de l'arsenic, à l'état de molécule élémentaire; ces matières remarquables ne pourraient-elles pas servir de base à des expériences précises, régulières, concluantes; il serait rationnel, ce me semble, de tenter ces expériences sans renoncer cependant au système de recherches dans lequel le docteur Labourdette a réalisé de si remarquables progrès.

— M. Trousseau trouve que l'une des idées dominantes dans l'argumentation de M. Boudet, c'est que les doses des médicaments ont toujours une importance très considérable.

M. Boudet croit aussi beaucoup trop à la nécessité que le médicament lui-même, en nature, soit mis au contact de l'économie pour produire les effets qu'on en attend.

La question de l'action directe des médicaments et celle de leurs doses sont deux questions qui se touchent et se confondent. Pour ma part, dit M. Trousseau, je ne suis pas convaincu que ce soit le médicament lui-même qui soit, par une influence toute directe, l'agent thérapeutique; je ne crois pas,

par conséquent, que la quantité de substance administrée soit de la plus haute importance. Ceci, je le comprends, a besoin d'une explication. Prenons pour exemple le traitement ferrugineux dans la chloro-anémie. On a cru pendant longtemps que le fer n'avait d'efficacité dans cette affection que parce qu'il s'introduisait en nature dans le sang, pour y reconstituer la matière colorante des globules. On supposait que les minimes parties de fer qui manquaient dans le sang d'une femme chlorotique, étaient remplacées par une certaine quantité des doses énormes de fer ingérées. Aujourd'hui cette théorie de l'action des ferrugineux est à peu près généralement abandonnée. On admet que ce médicament agit d'une certaine façon pour modifier les fonctions, et qu'il dispose en particulier les fonctions assimilatrices de telle manière que de petites quantités de fer soient absorbées, utilisées, très indépendamment du fer même qui a été administré; c'est-à-dire que l'assimilation porte tout aussi bien sur le fer que contiennent les aliments, quels qu'ils soient, que sur celui qu'on a fait prendre en abondance aux malades. Ce que j'ai dit du fer, je pourrais le répéter pour d'autres médicaments, auxquels c'est aujourd'hui une tendance générale d'attribuer une action purement dynamique.

Le mercure, par exemple, n'agit pas autrement dans la syphilis. Personne ne s'imagine que le contact direct du mercure avec chaque particule vivante soit nécessaire pour neutraliser sur place et dans tous les points de l'organisme le virus syphilitique. Si cela était, il est évident que le lait d'une vache soumise au régime mercuriel devrait, pour être efficace contre la syphilis, contenir des quantités de mercure bien plus considérables que celles qu'on y découvre. Mais je suis convaincu que ce lait, indépendamment du mercure qu'il contient, agit encore en vertu des propriétés que lui donne l'état général déterminé chez l'animal par le régime mercuriel. Tous les jours nous soumettons les nourrices à un traitement mercuriel destiné à agir médiatement sur l'enfant infecté, et bien que la dose de mercure administrée à ces femmes ne soit pas comparable à celle que l'on fait prendre

aux animaux ; bien que, par conséquent, le lait des nourrices doive encore contenir moins de mercure que celui des vaches, il n'en est pas moins vrai que la santé du nourrisson se rétablit.

Pour ce qui est de l'action de l'huile de foie de morue, je ne suis pas certain, comme M. Boudet, qu'elle soit due uniquement à la présence de l'iode. Les mêmes effets sont obtenus chez certains malades par des huiles qui ne contiennent pas la moindre trace d'iode, ou simplement par des graisses animales, par du lard. En Écosse, par exemple, on emploie avec succès, dans les cas où serait indiquée l'huile de foie de morue, du jambon frit ou de la sauce de jambon frit, laquelle ne contient que de la graisse. Tout le monde sait enfin de quelle merveilleuse utilité sont pour engraisser les bestiaux les tourteaux de lin et de colza. Mais, pour en revenir à la question principale et pour me résumer, je dirai que je n'oserais pas affirmer, comme M. Boudet, que c'est au médicament contenu dans le lait que sont dus les effets thérapeutiques.

— M. Boudet : Je ne puis comprendre une action médicamenteuse que là où je vois un médicament. Cette action dynamique dont parle M. Trousseau, ne me paraît pas devoir être rangée parmi les faits positifs. Il y a là presque une doctrine homœopathique.

— M. Piorry : Chacun, même dans les sciences, suit la voie que lui tracent ses penchants. Les uns, esprits positifs, exacts, s'attachent aux faits et à l'observation ; les autres, se plaçant sur le terrain vague des théories, s'écartent de la marche si simple et si naturelle des premiers, pour aller tantôt à droite, tantôt à gauche, rarement en avant, et parfois en arrière, et préfèrent les hypothèses aux expériences positives.

Ceux-ci, s'il s'agit par exemple de la chlorose, ne feront pas ce raisonnement très simple : il y a moins de fer dans le sang des chlorotiques que dans le sang normal ; après un traitement ferrugineux, la proportion de fer a augmenté : le

traitement a donc introduit du fer dans le sang des chlorotiques. Cette explication n'est pas de leur goût, ils aiment mieux invoquer je ne sais quel dynamisme spécial, au risque de donner sur ce point la main aux homœopathes.

Je ne puis pas non plus partager l'avis de M. Trousseau sur l'action qu'il attribue à l'huile de foie de morue, qui, selon lui, n'agirait pas par l'iode qu'elle contient. Je pourrais citer 800 observations de phthisiques dont l'état s'est amélioré sous l'influence de l'iode et de l'iode seul. Et certes ce n'est pas dans ces cas qu'on peut invoquer une prétendue action dynamique. Rien n'est plus immédiat, rien n'est plus matériel que l'influence de l'iode dans la phthisie. Il n'est pas plus merveilleux de voir certaines constitutions réconfortées par l'huile de foie de morue, qui, en tant qu'aliment gras, convient admirablement aux gens amaigris. Dans toutes ces circonstances, personne ne peut douter que ce ne soit le médicament en nature qui agisse sur l'économie, comme agit encore le phosphate de chaux administré dans le rachitisme contre le ramollissement des os.

— M. Chatin : Je regrette vivement que les rapports ne soient pas lus devant la commission avant d'être lus à l'Académie. S'il en eût été ainsi, j'aurais pu faire quelques réserves sur quelques points du rapport de M. H. Bouley.

Assurément, mes restrictions n'auraient pas porté sur les éloges accordés à M. le docteur Labourdette, qui, par l'importance des expériences qu'il a entreprises et des sacrifices qu'il s'est imposés, a mérité les témoignages de la plus chaude approbation. La méthode de la médication indirecte est excellente. Toutefois, j'aurais préféré qu'on expérimentât un autre mode d'administration des médicaments aux animaux dont le lait doit être pris par les malades. Les solutions médicamenteuses pourraient être facilement absorbées par les végétaux, qui leur feraient subir une première élaboration très favorable à l'assimilation définitive. En nourrissant les animaux avec ces plantes, on aurait la faculté de donner des doses de médicaments assez élevées, tout en compromettant moins la

santé des animaux mis en expérience. On ne saurait croire, par exemple, quelle énorme proportion d'iode une plante vivant dans un liquide iodé est susceptible de s'incorporer. Or je crois que rien n'est plus actif que l'iode ainsi assimilé par un végétal, et c'est en songeant à la puissance qu'acquièrent ainsi certains médicaments grâce à l'état dans lequel ils se trouvent et à la forme sous laquelle ils sont administrés, que je me rallie à l'idée émise par M. Trousseau d'une action dynamique qui ne serait pas en rapport avec la quantité de substance ingérée.

(Ici l'orateur cite des cas de guérison de goître obtenue par l'administration de végétaux iodés, c'est-à-dire par l'administration d'un demi-centigramme au plus d'iode, quand un traitement direct par l'iode pris en nature et à haute dose avait totalement échoué.)

Comme preuve de l'assimilation des solutions métalliques par les végétaux, M. Chatin rappelle qu'on a pu faire reverdir, en les arrosant d'une solution ferrugineuse extrêmement faible, des plantes pâlies, étiolées et comme chlorotiques.

— M. Bouchardat : Jusqu'à nouvel ordre, je crois qu'il faut préférer le dosage rigoureux des médicaments tel qu'il est possible quand on les donne en nature, à cette façon incertaine et irrégulière de les administrer par l'intermédiaire du lait des animaux. Je le crois, jusqu'à ce qu'on ait démontré l'excellence de la nouvelle méthode, qui attend encore la sanction de l'expérience. Le lait contenant, je suppose, le mercure, guérit-il mieux que le mercure pris tout seul ? C'est ce qu'on ne sait pas encore, et là est toute la question.

— M. Bouley : Administrer aux animaux des médicaments préalablement assimilés par des plantes, est une méthode théoriquement séduisante, mais impraticable. Avec le mode beaucoup plus simple d'administration qu'il avait choisi, M. Labourdette a dû déjà sacrifier à ses expériences une somme de plus de 40,000 francs, dévouement rare à notre

époque, et dont on ne saurait lui savoir trop de gré. Eh bien, avec le procédé de M. Chatin, il eût fallu cultiver pour ces animaux de vastes terrains qu'il aurait arrosés avec des liquides toujours très coûteux. Ce n'est pas seulement le zèle d'un savant, c'est la fortune d'un Rothschild qu'il lui aurait fallu.

Quant aux préférences de M. Boudet pour l'huile de foie de morue, je ne les crois pas suffisamment justifiées. L'huile de foie de morue, dit-il, a fait ses preuves ; je n'en sais rien. Ce que je sais, c'est que c'est la plus infâme substance à laquelle l'homme puisse condamner son semblable. Je ne crois pas qu'on puisse hésiter entre un médicament pareil et le lait iodé, dont l'efficacité peut être égale et dont la saveur est excellente.

— M. Gibert désire une réponse à une simple question : M. Trousseau a-t-il positivement observé de jeunes enfants guéris de la syphilis par le lait de leur nourrice?

— M. Trousseau : Les nouveau-nés atteints de syphilis meurent toujours dans le premier mois de leur existence. Ce n'est donc pas sur ceux-ci que j'ai constaté des guérisons. Mais quand la syphilis se déclare vers les quatrième, cinquième, sixième ou septième mois, les guérisons sont plus communes, et j'en ai observé chez des enfants que j'avais traités exclusivement en donnant à leur nourrice du mercure ou de l'iodure de potassium.

— M. Velpeau demande si l'on a constaté chimiquement l'existence du mercure ou de l'iode dans le lait des nourrices.

— MM. Bouley et Bouchardat rappellent que cette constatation a été faite depuis longtemps déjà soit chez les animaux, soit chez les femmes.

Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

—

COMMUNICATION.

Traitement de la fièvre puerpérale, par M. SERRE (d'Alais).

Voici le résumé analytique de cette communication verbale :

a. Dans la grossesse il y a diminution des globules, de 120 à 100 ; diminution de l'albumine, augmentation de la fibrine.

b. Le traumatisme *naturel* ou *physiologique* exercé par la tête du fœtus sur le col utérin, sur les grandes et petites lèvres, etc., est suivi ordinairement d'un accès fébrile.

Le traumatisme artificiel exercé par la sonde sur le canal de l'homme est souvent suivi d'un accès fébrile. Donc l'organe génital, dans l'espèce humaine, a la propriété, à l'exclusion des autres parties du corps, de produire cette réaction par une action réflexe des centres nerveux.

La femme comme l'homme peuvent mourir de ce traumatisme sans laisser des empreintes matérielles locales qui puissent s'expliquer.

c. L'hémorrhagie est souvent l'un des préparateurs des fièvres puerpérales graves. Elle dispose aux désordres de l'innervation, de la circulation et de la respiration.

d. La fétidité des lochies, le pus des parties enflammées, la plaie salie par le placenta, sont les conditions matérielles qui préparent l'empoisonnement puerpéral.

e. L'analyse du sang puerpéral constate la diminution de la fibrine, la présence du carbonate, du sulfhydrate d'ammoniaque, de l'acide lactique, etc.

f. Le pouls s'élève de 100 à 150 pulsations, la respiration de 30 à 50 ; la chaleur est considérablement augmentée.

g. Si le mal n'est pas arrêté et que les malades succombent, l'autopsie révèle des désordres organiques locaux qui ne sont pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Lorsque la mort est prompte, ces lésions sont parfois fort légères.

h. Les frictions mercurielles, le traitement antiphlogis-

tique, le sulfate de quinine conviennent, surtout au début, et lorsque la lésion locale domine les phénomènes généraux, lorsqu'il s'agit d'une péritonite ou d'une métro-péritonite d'emblée.

i. La digitaline a réussi huit fois dans les neuf cas où elle a été employée à la dose d'un granule, administré chaque quatre, cinq ou six heures jour et nuit.

j. Après la suspension du remède, la fièvre est revenue dans trois cas, et toujours elle a été maîtrisée par la reprise des granules : 20 à 35 granules en tout ont suffi pour l'arrêter définitivement.

k. A l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duplay, trois cas de guérison sur trois (126 à 132 pulsations); à Lyon, dans le service de M. Bouchacourt, deux guérisons sur trois malades; à Marseille ou à Alais, trois guérisons sur trois malades (130 pulsations à 140). Le pouls est descendu à 80, 55 et même 48, sous l'influence du remède.

l. Le traitement a été commencé aux deuxième, troisième, quatrième, cinquième et quatre-vingtième jours de l'invasion. Ici, un seul frisson initial ; là, trois frissons chaque jour pendant trois jours de suite.

Si ce traitement se généralise dans un plus grand nombre de cas, on sera en droit de conclure :

1° Que dans la pyrexie puerpérale, le désordre dans l'innervation, la circulation et la respiration, joue un rôle très important;

2° Que sous l'influence d'une augmentation considérable de la chaleur, les organes souffrants remplissent mal leur fonction éliminatrice;

3° Qu'en outre, leurs produits propres, altérés, s'ajoutent à ceux adressés par l'utérus au torrent circulatoire;

4° Que la matrice contusionnée, imbibée endosmotiquement ou par elle-même de produits infects, s'altère et se décompose;

5° Qu'en ramenant l'ordre dans l'innervation, et, partant, dans la respiration et la circulation, la chaleur tombe; les organes travaillent alors tranquillement et peuvent ainsi ac-

complir utilement une œuvre d'élimination impossible quand le désordre est à son comble, quand le cœur, paralysé en quelque sorte, leur envoie un sang vicié, adultéré, dont le renouvellement au contact de l'air ne peut plus se faire. (Que le cœur d'un homme bien portant, sous l'influence d'une vive préoccupation morale, batte pendant quelques heures au rhythme de 100 pulsations, toutes les sensations sont chimiquement changées.)

m. Le ralentissement du pouls et de la respiration par le sulfate de quinine peut être utile dans les cas où le sang a conservé ses propriétés plastiques ; il peut être mortel dans la fièvre puerpérale caractérisée par la diminution de la fibrine, due à l'influence délétère des matières putrides.

n. Le jet de sang, affaibli par l'empoisonnement quinique, se relève sous l'influence de la digitaline.

o. La digitaline n'agit pas sur le cœur lorsque la paire vague est coupée, ou lorsqu'une phlegmasie est trop intense. On suspend ses effets régularisateurs en coupant ce même nerf.

p. Les doses élevées augmentent constamment la fréquence des battements.

q. A la dose d'un granule de quatre en quatre, de cinq en cinq ou de six en six heures, le ralentissement est plus assuré qu'à des doses plus élevées.

Ceci a des conséquences sérieuses lorsqu'on veut obtenir l'effet thérapeutique, c'est-à-dire la réduction du nombre des pulsations et des respirations, celle de la chaleur animale, avec augmentation de la force impulsive du cœur, conditions indispensables au rétablissement paisible du jeu des organes.

r. Malgré la fièvre, il faut alimenter les malades soit par des bouillons, soit par des potages administrés de quatre en quatre heures ; sans cette précaution, l'effet de la digitaline peut être retardé ou annulé.

s. Les désordres physiques et chimiques remarqués dans les organes doivent être attribués à deux sources différentes : à la souffrance primitive de l'utérus et de ses annexes ; à l'ac-

tion désordonnée des centres nerveux agissant d'une manière réflexe sur les liquides et les solides de cet organe, qu'ils décomposent et désagrégent comme la pile du chimiste désagrége et décompose les substances soumises à sa puissance dissolutrice.

t. Par la titillation des nerfs ou leur section, on produit à volonté la diarrhée, la péricardite, la pleurésie, la glycosurie. L'illustre physiologiste qui a fait ces belles expériences, M. Claude Bernard, a donc démontré, par la voie expérimentale, l'utilité d'aller au delà de l'organe malade, de remonter jusqu'à la source trop négligée de la force vivante et de la pathologie fonctionnelle, et de chercher ainsi à découvrir les réactifs physiologiques capables de modifier cette force en vue de l'indication thérapeutique.

u. La digitaline, par ses réactions positives, servira désormais à dégager l'élément général qui comprime les lésions locales, les entretient ou les aggrave; elle conjurera, on en a l'espérance, les dangers de la fièvre puerpérale, devenue l'épouvantail des familles.

v. Quant à l'emploi de la digitaline (1) dans les grandes épidémies qui ravagent nos hôpitaux, l'expérience en fera connaître ultérieurement les résultats; mais on peut, par anticipation, croire à l'utilité de son application dans ces graves circonstances, si l'on parvient surtout à diminuer la terreur qui saisit les malheureuses femmes, en voyant tomber près d'elles tant de victimes de la maladie dont elles sont frappées elles-mêmes. On conçoit que ce traitement puisse être appliqué avec avantage dans toutes les affections septiques.

— M. Moreau demande à M. Serre des renseignements sur l'époque d'apparition des accidents observés chez les nouvelles accouchées et traitées par la digitaline; il désire aussi savoir plus exactement de quelle nature ont été ces accidents.

(1) C'est la digitaline Homolle et Quevenne qui a été employée dans ces essais, et que conseille M. Serre. Voyez les deux Rapports faits à l'Académie par M. Bouillaud, sur l'action physiologique et thérapeutique de la digitaline. (*Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 332 et t. XVII, p. 383.)

— M. Serre répond que ces accidents, observés en général du deuxième au huitième jour, ont consisté pour la plupart en fièvre vive, douleur abdominale, météorisme, nausées, vomissements bilieux, en un mot que tous les symptômes des péritonites se sont présentés chez ses malades.

— M. Depaul : Je crois devoir faire remarquer que les principes exposés par M. Serre, sur l'origine de la fièvre puerpérale, sont en désaccord avec ceux qui sont admis par la presque universalité des médecins.

Ainsi le traumatisme n'est considéré par personne comme une des causes de cette terrible affection; les statistiques prouvent que, même en temps d'épidémie, les accouchements les plus laborieux ne sont pas ceux qui ont été le plus fréquemment suivis des accidents de la puerpéralité.

— M. Serre : Je n'ai pas seulement voulu désigner le traumatisme dépendant des manœuvres d'un accouchement artificiel; il y a aussi un traumatisme en quelque sorte physiologique, comme est celui qui résulte du passage pur et simple de la tête du fœtus à travers les voies génitales.

— M. Depaul : Si les violences d'un accouchement artificiel ne sont pas suffisantes pour provoquer la fièvre puerpérale, à plus forte raison le traumatisme, que vous appelez physiologique, sera-t-il insuffisant. La fièvre de lait, signalée aussi comme une cause d'accidents puerpéraux, n'existe réellement pas.

Une femme qui a la fièvre le troisième jour après son accouchement est une femme qui est malade. L'hémorrhagie a peut-être plus d'efficacité comme cause prédisposante, sans avoir toutefois l'importance d'une cause première. Je ne puis admettre enfin, avec M. Serre, que la rapidité imprimée par la fièvre à la circulation, favorise, comme il le dit, l'intoxication générale. S'il y a un poison dans le sang, que ce liquide circule plus ou moins rapidement, l'action de ce poison n'en sera pas moins générale, pas moins énergique.

L'idée d'administrer les globules de digitaline dans le but de ralentir le cours du sang repose donc, à mon avis, sur une

théorie erronée. Si la théorie était vraie et que le ralentissement de la circulation pût avoir tant d'influence, les succès du sulfate de quinine seraient plus nombreux, car il a sur le centre circulatoire la même action que la digitaline.

Quoi qu'il en soit, en présence d'une affection aussi généralement irrémédiable que l'est la fièvre puerpérale, l'expérimentation d'un traitement nouveau est très légitime, et je suis, pour ma part, disposé à en faire l'essai.

— M. Serre : C'est effectivement l'expérience qui doit juger en dernier ressort, car j'avoue que les théories peuvent être contestables. Toutefois je repousse l'assimilation que M. Depaul a établie entre les effets physiologiques du sulfate de quinine et ceux des globules de digitaline, car dans la fièvre puerpérale caractérisée par la diminution de la fibrine due à l'influence délétère des matières putrides, le sulfate de quinine, en ralentissant le pouls et la respiration, augmente les chances de mort, tandis que le jet de sang affaibli par l'empoisonnement quinique se relève sous l'action de la digitaline.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Le Progrès, n. 16.

L'Abeille médicale, n. 17.

Gazette médicale de Paris, n. 17.

La France médicale et pharmaceutique, n. 17.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 16.

La Clinique européenne, n. 17.

L'Union médicale, n. 47 à 49.

Gazette des hôpitaux, n. 47 à 49.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 47 à 49.

L'Abeille médicale d'Athènes.

Tables de mortalité de la ville de Londres, volume XX, numéros 11 à 13.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 16.

SÉANCE DU 3 MAI 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Nouveaux documents relatifs à l'eau minérale de Camoëns, près Marseille, qui est actuellement soumise à l'analyse chimique dans le laboratoire de la Compagnie. (Renvoi à la *Commission des eaux minérales.*)

II. Le même ministre informe la Compagnie que M. le docteur Oliffe, médecin de l'ambassade d'Angleterre à Paris, est autorisé à prendre connaissance des rapports envoyés à l'Académie par l'administration, et qui ont trait aux épidémies de diphthérite. (Il sera fait droit à cette invitation.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. MM. les docteurs Bouchut, Duchesne, Grassi et Vernois informent l'Académie qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale. (*Renvoi* à la section.)

II. M. Wanner soumet à l'Académie quelques considérations sur la circulation du sang, et promet en même temps un mémoire qu'il enverra ultérieurement sur le même sujet. (On attendra le mémoire promis pour nommer une commission.)

III. De l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hemorrhagica, et de l'action de ce médicament sur le cœur, par

M. le docteur Pize. (*Commissaires :* MM. Bouchardat, Bouillaud et Devergie.)

IV. M. le docteur Dumesnil, médecin en chef de l'asile de Quatre-Mares, adresse une lettre de réclamation au sujet du rapport lu par M. Henry Bouley, dans lequel son nom ne se trouve pas cité, bien que le travail sujet de ce rapport fût fait en commun entre lui et M. Labourdette. (*Renvoi* à M. Bouley.)

V. M. Mazade, pharmacien, adresse une note à l'Académie, au sujet de l'eau de Nérac (Ardèche). (*Commission des eaux minérales.*)

VI. M. le docteur Gaetano La Ferla (de Tunis), qui a adressé en hommage à l'Académie un exemplaire d'un travail sur l'emploi de la gomme résine d'asa fœtida pour prévenir la mort du fœtus dans les grossesses morbifiques, demande si cet ouvrage a été l'objet d'un rapport. (Le travail de M. La Ferla étant imprimé, n'a pu devenir l'objet d'un rapport; il a été déposé dans la bibliothèque de la Compagnie.)

VII. M. le docteur A. Trudeau, professeur au Val-de-Grâce, adresse à l'Académie la note suivante :

« Monsieur le président, la question importante du traitement indirect dans la syphilis des nouveau-nés a été soulevée incidemment dans la dernière séance de l'Académie. M. Gibert ne croit pas à l'efficacité de cette méthode, et affirme qu'il ne connaît pas un seul cas authentique de guérison qu'on puisse lui attribuer. Quelques faits observés par moi m'ont inspiré une conviction toute contraire. Permettez-moi, M. le président, d'en citer au moins un dont l'exactitude peut être encore facilement vérifiée.

» Un enfant, âgé aujourd'hui de vingt-deux mois, naquit en 1857, rue de Chanaleilles, avec toutes les apparences d'une bonne santé. Les parents étaient parfaitement sains; mais il fut livré aux soins d'une nourrice introduite sans un examen suffisant dans la famille. Il ne tarda pas à dépérir, l'amaigrissement devint notable. La peau, d'abord d'une teinte bistre,

se couvrit d'une roséole manifeste; puis des pustules et des croûtes apparurent sur la tête et dans les sourcils.

» Les parents effrayés, consultèrent d'abord M. Tholozan, notre excellent collègue, aujourd'hui médecin du shah de Perse, qui reconnut immédiatement des symptômes secondaires de syphilis. La nourrice fut enfin examinée et parut atteinte de syphilide pustuleuse, d'angine syphilitique, de condylomes à l'anus et à la vulve, etc.

» M. Ricord, consulté à son tour, à la demande expresse de M. Tholozan, constata de même la nature syphilitique de l'affection chez la nourrice et chez l'enfant.

» Mon avis fut entièrement conforme à celui de ces honorables confrères, quand, peu de temps après, je fus appelé à voir les deux malades et à continuer seul le traitement, par suite du départ de M. Tholozan.

» C'est à la médication indirecte que nous eûmes recours pour ménager les forces déjà bien affaiblies de l'enfant. La nourrice, dont le lait était abondant, prenait chaque jour 5 centigrammes de proto-iodure de mercure en deux pilules, une le matin et l'autre le soir, de la tisane et du sirop de salsepareille; plus tard, j'y ajoutai 1 gramme d'iodure de potassium. Son alimentation était du reste substantielle et tonique.

» Ce traitement fut continué sous la surveillance intéressée de la mère, pendant quatre mois et demi, jusqu'au 15 septembre 1858. Tous les accidents disparurent rapidement. Aujourd'hui, l'enfant, que je viens de revoir, est aussi fort et aussi bien portant que s'il n'avait jamais été malade.

» La médication indirecte peut donc être d'une grande utilité pour les enfants syphilitiques, pourvu qu'elle soit exactement suivie par la nourrice. Cette condition essentielle a sans doute manqué dans les cas où elle a paru échouer.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

—

RAPPORTS.

Composition chimique et emploi médical des huiles de foies de morue, de raie et de squale, par M. le docteur DELATTRE. (Rapport de MM. Grisolle, Soubeiran, et Devergie, *rapporteur*.)

Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Grisolle, Soubeiran et moi, de vous faire un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delattre (de Dieppe), qui a trait aux propriétés chimiques et médicales de certaines huiles de foies de poissons.

Depuis le décès de notre très regrettable collègue M. Soubeiran, le bureau de l'Académie a désigné M. Boudet pour le remplacer.

Aujourd'hui, après une expérimentation dans plusieurs hôpitaux, je viens vous faire connaître l'opinion de la commission sur le travail de M. Delattre.

Ce travail se compose de deux ordres de faits très distincts. L'un a trait à la composition chimique de plusieurs huiles de foies de poissons, dans leur état de pureté ou d'altération. L'autre se rattache à l'emploi de ces diverses huiles en médecine.

Disons tout d'abord que M. Delattre n'est pas seulement un médecin praticien; il a été professeur de chimie et il s'est associé dans ses travaux, ou il a fait contrôler ses analyses par M. le professeur Girardin. C'est assez dire que ces analyses peuvent inspirer de la confiance.

M. Delattre fait précéder l'exposé de ses recherches de l'historique sommaire de l'emploi des huiles de foies de poissons en médecine, puis il aborde la partie chimique de son travail.

Partie chimique. — Dans un rapport, fort remarquable d'ailleurs, qui a été fait à la Société médico-pratique par M. le docteur Homolle en 1852, ce médecin disait :

« Trouver dans le commerce une huile qui provienne ex-
» clusivement de foies du *Gadus morrhua* serait chose entiè-

» rement impossible; il n'est même pas nécessaire qu'il en
» soit ainsi, puisque l'expérience a démontré l'identité à peu
» près complète des huiles provenant des foies des divers
» poissons qui appartiennent aux genres *Gadus*, *Raja* et
» *squalus*. »

Frappé de cette assertion, M. Delattre a entrepris un travail analytique propre à en confirmer ou à en infirmer l'exactitude.

D'abord il fallait se procurer des *foies frais* afin d'en extraire une huile parfaitement pure; ce médecin était à Dieppe en position d'arriver facilement à ce résultat.

Mais jusqu'alors les huiles les plus pures avaient été obtenues au contact de l'air; M. Delattre a tenu à isoler ce produit de l'influence de l'atmosphère durant sa préparation. A cet effet, il a imaginé un appareil qu'il a plus tard établi sur de grandes dimensions, de manière à servir à la fabrication commerciale des huiles de poissons.

Cet appareil consiste dans un vaste bain de sable chauffé à l'aide d'un thermo-siphon. On place sur ce bain de sable de très grands ballons de verre. Il y sont à moitié enterrés. On met dans ces ballons les foies lavés, égouttés et soigneusement essuyés. Tous les ballons sont mis en communication avec un réservoir d'où s'échappe un courant d'acide carbonique qui expulse l'air atmosphérique des ballons.

Le bain de sable n'est chauffé qu'après l'expulsion complète de l'air.

Par ce procédé, on évite la formation des acides oléique, sulfurique, phosphorique; ce que M. Hogg ne peut éviter, malgré la basse température à laquelle il prépare son huile à Terre-Neuve.

Il suffit de chauffer l'appareil de M. Delattre à 60 degrés pour obtenir une huile de foie de morue d'un jaune doré, que M. Delattre appelle huile *ambrée*.

Quant à l'huile vierge, ou parfaitement pure, elle est obtenue à une température de 50 degrés.

C'est en agissant ainsi que M. Delattre a préparé des huiles vierges de foie de morue, de raie et de squale, qui ont servi

de type à ses analyses ultérieures et de termes de comparaison avec les huiles blondes, brunes et noires du commerce.

Après avoir fait pour chaque espèce d'huile une dizaine d'analyses, il en a déduit les chiffres moyens qui se trouvent groupés dans le tableau ci-après :

	Huile de foie de morue.	De raie.	De squale.
Oléine	988,700	986,945	987,174
Margarine . .	8,060	11,017	10,121
Chlore	1,122	1,125	1,018
Iode	0,327	0,185	0,345
Brome. . . .	0,043	0,039	0,034
Soufre	0,201	0,165	0,160
Phosphore . .	0,203	0,283	0,206
Perte.	1,344	0,241	0,942
Grammes. . .	1,000,000	1,000,000	1,000,000

Il découle de ces analyses, qui portent toutes sur des huiles pures, plusieurs faits sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention.

Et d'abord il est d'observation que lorsque l'on abaisse la température de l'huile de foie de morue de manière à la faire descendre par degré à zéro, cette huile abandonne la presque totalité de la margarine qu'elle renferme, et tandis que, à la température ordinaire, elle en contenait 180 grammes sur 1,000, elle n'en retient plus que 4 grammes à la température de zéro.

Toutefois, la margarine ne s'isole pas seule de l'huile; elle entraîne avec elle tous les principes inorganiques qui s'y trouvent combinés, mais dans la proportion seulement de la margarine séparée ; de sorte qu'après l'isolement de la margarine, l'oléine contient dans les mêmes rapports qu'auparavant, l'iode, le brome, le phosphore, le soufre et le chlore; seulement, il faudra 1172 grammes d'huile préparée à la température ordinaire pour obtenir 1,000 grammes d'huile privée presque entièrement de margarine.

Un second fait que nous devons mentionner, c'est qu'il résulte du mode d'analyse suivi par M. Delattre que, dans les

huiles de poissons, l'iode, le brome, le chlore, le phosphore et le soufre, n'y sont pas à l'état de combinaison avec le potassium et le sodium, comme on le croit généralement. Ils s'y trouvent à l'état de corps simple. C'est là une démonstration d'une certaine valeur.

Il est vrai de dire que dans un mémoire qui a été présenté à l'Académie par M. Personne, en 1851, ce chimiste a cherché à démontrer que dans l'huile de foie de morue l'iode est à l'état de combinaison avec le corps gras et non pas à l'état d'iodure alcalin. Mais, suivant M. Personne, cette combinaison ne serait que secondaire et dépendrait de ce que les acides qui se forment pendant l'exposition des foies à l'air durant la pêche réagissent sur les iodures alcalins primitivement contenus dans l'huile. Tandis que le procédé d'analyse suivi par M. Delattre prouve que les corps inorganiques sont libres de tout alcali dans l'huile la plus fraîche et la plus pure.

Enfin, une autre observation d'une grande importance en découle encore, c'est que MM. Delattre et Girardin ont reconnu qu'à une certaine époque de l'année, au printemps, l'huile de foie de morue ne contient pas un atome d'iode. Votre commission regrette que des recherches plus étendues n'aient pas été faites à cet égard, de manière à préciser le temps pendant lequel l'iode ne se trouverait pas dans l'huile de foie de morue, car il en découlerait cette conséquence qu'il y aurait peut-être lieu d'exclure du commerce toutes les huiles de foie de morue qui seraient préparées pendant un certain nombre de mois de l'année.

Déjà le docteur Fleury avait signalé une différence de rendement des huiles de poissons à certaines époques; tandis que, par exemple, en juin, on retirait des foies 40 pour 100 d'huile, on en pouvait obtenir jusqu'à 75 pour 100 en septembre. Il a posé en principe que l'huile des foies maigres devait être préférée à celle des foies gras pour l'usage médicinal.

M. Delattre a reconnu la justesse de ces observations en disant dans son travail que du mois de juin au mois de no-

vembre le rendement augmente, et qu'il diminue de novembre à mars, où il est à son minimum; mais il a de plus constaté que, pendant certains mois de l'année, l'iode pouvait manquer complétement.

Si maintenant nous tirons quelques conséquences des chiffres comparatifs analytiques fournis par M. Delattre sur les huiles de foie de morue, de raie et de squale, en comparant ces chiffres entre eux nous verrons d'abord que l'huile vierge de morue est composée de :

Oléine.	988,700
Margarine . . .	8,060
Iode.	0,327
Brome	0,043
Soufre.	0,201
Phosphore. . .	0,203
Chlore	1,122
Perte	1,344
Grammes . . .	1,000,000

Si l'on met en regard de ces chiffres, ceux fournis par l'analyse de l'huile de foie de raie, on voit : 1° que la proportion d'iode est moindre de moitié dans cette dernière huile; 2° que celle du soufre est d'un quart environ en moins; 3° que celle du phosphore est au contraire environ d'un tiers en plus.

A cet égard, M. Delattre demande s'il ne faudrait pas attribuer à cette prédominance du phosphore, l'activité plus grande de l'huile de foie de raie, pendant l'administration qu'il en a faite aux très jeunes enfants comparativement à l'huile de foie de morue.

Nous noterons en passant que l'huile des diverses sortes de raies n'a pas la même couleur. Celle de *raie batis* est très foncée, celle de *raie blanche* est d'un jaune pâle, celle de *raie aigle* est d'une couleur orangée.

Quant à l'huile de squale, elle est plus riche en iode et en phosphore que l'huile de foie de morue, elle contient un peu

moins de brome et de soufre. L'accroissement de l'iode est double de la perte en brome.

Comparée à l'huile de raie, elle renferme deux fois et demie plus d'iode et seulement un cinquième en moins de phosphore. Elle est donc, chimiquement parlant, plus riche en éléments organiques que l'huile de foie de morue et de raie, sauf pour cette dernière ce qui concerne la proportion du phosphore.

Mais M. Delattre a étendu ses recherches analytiques aux diverses variétés d'huiles de foie de morue, ambrée, blonde, brune et noire. Le tableau suivant, que nous avons dressé, représente ces analyses et nous y avons ajouté pour terme de comparaison celle de l'huile vierge dont nous avons parlé.

HUILES DE MORUE.

	Vierge.	Ambrée.	Blonde.	Brune.	Noire.
Oléine . . .	988,700	988,675	988,695	987,999	988,957
Margarine .	8,060	8,066	8,089	9,264	8,328
Chlore . . .	1,122	1,122	1,116	1,018	1,005
Iode	0,327	0,327	0,322	0,310	0,201
Brome . . .	0,043	0,043	0,038	0,031	0,016
Soufre . . .	0,201	0,200	0,196	0,156	0,142
Phosphore .	0,203	0,204	0,200	0,196	0,076
Acides . . .	0,000	0,439	0,897	0,924	0,838
Perte. . . .	1,344	0,924	0,449	0,102	0,437

Il est important de tirer de ce tableau quelques conséquences au point de vue des idées pratiques les plus généralement répandues parmi les médecins sur le choix à faire dans ces diverses variétés d'huiles.

La première, c'est qu'à partir de l'huile la plus pure, on observe jusqu'à l'huile noire une progression décroissante dans la quantité des principes inorganiques qui font partie de ces huiles. C'est ce qui avait déjà été observé.

Mais si, en thèse générale, cette progression existe, il faut se rendre compte de ses limites. Or, si l'on compare l'huile brune de morue à ce que M. Delattre considère comme l'huile la plus pure, l'huile vierge, non employée en médecine, on

arrive à ce résultat que sur 1,000 grammes, l'huile brune contient en moins :

104	milligrammes	de chlore.
17	—	d'iode.
12	—	de brome.
44	—	de soufre.
7	—	de phosphore.

Si cette comparaison porte sur l'huile médicinale considérée comme la meilleure dans l'usage pharmaceutique, c'est-à-dire l'huile blonde, on arrive à des nuances bien plus faibles : ainsi, on ne trouve plus en moins, sur 1,000 grammes d'huile, que :

98	milligrammes	de chlore.
12	—	d'iode.
7	—	de brome.
30	—	de soufre.
4	—	de phosphore.

Or, les partisans de l'explication du mode d'action de l'huile de foie de morue par les éléments chimiques ont surtout rattaché cette action à l'iode, au brome et au phosphore ; eh bien ! cette huile brune, qui dans leur esprit devrait être très distancée de l'huile blonde, ne diffère en définitive dans sa constitution chimique que par un vingt-sixième d'iode en moins sur 1,000 grammes d'huile qui, administrés aux malades à raison de deux cuillerées par jour, pesant chacune 18 grammes, se trouve employée en *vingt-sept jours*, et comme en définitive le malade qui a consommé un litre d'huile blonde en vingt-sept jours a pris 322 milligrammes ou un peu plus de 30 centigrammes d'iode ; comme lorsqu'il s'est servi d'huile brune il a pris durant ces vingt-sept jours 1 centigramme d'iode en moins, je demande si ce centigramme peut justifier la préférence que certains chimistes donnent à l'huile blonde sur l'huile brune, contrairement à ce que l'expérience médicale a appris à ce sujet.

Si j'applique ce raisonnement à tous les autres principes constituants, j'arrive à des résultats analogues. Ce sera, il est

vrai, pour le brome, un sixième en moins, mais ce sixième ne représente que 7 milligrammes en vingt-sept jours. Pour le phosphore ce ne sera qu'un cinquantième en moins, ou 4 milligrammes en vingt-sept jours. Pour le soufre, la proportion est beaucoup plus forte, elle est d'un sixième, ou 30 milligrammes en moins en vingt-sept jours; mais qu'est-ce donc, en fait de médication antiscrofuleuse, que 30 milligrammes de soufre dans cet espace de temps? Reste la différence pour le chlore; elle est un peu plus d'un onzième, soit 98 milligrammes en moins en vingt-sept jours.

Ces données analytiques sont, suivant moi, d'un très grand intérêt.

Et d'abord, aux yeux du médecin qui n'aurait fait aucun essai dans sa pratique de l'huile de foie de morue et auquel on présenterait à choisir entre l'huile blonde des pharmaciens et l'huile brune, je crois qu'en examinant la composition chimique de ces deux huiles, il établirait peu de différences entre elles. Il lui importerait peu qu'en vingt-sept jours son malade (permettez-moi de parler le langage de nos anciens poids pour rendre le fait plus frappant) prît 6 grains et demi ou 6 grains et quart d'iode; 3/4 de grain de brome ou un peu moins de 3/4 de grain en pareil temps; 3 grains de soufre ou 2 grains et demi de la même substance; 4 grains de phosphore ou 3 grains 19/20e de grain de cet agent. Ces résultats sont la conséquence des analyses comparatives de MM. Delattre et Girardin.

Aussi ne saurai-je admettre la prétention de quelques pharmaciens qui ont cru pouvoir suppléer aux huiles de poissons par des huiles artificielles. Certes, il est très important que la chimie intervienne dans la thérapeutique en nous apprenant la composition des agents médicinaux que nous employons, ainsi que les combinaisons nouvelles qui se forment lorsqu'on vient à réunir plusieurs substances entre elles; mais cette intervention doit avoir ses limites et il ne faut pas en tirer des inductions erronées.

Ce n'est pas que nous n'attachions aucun rôle dans l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue, à l'iode, au brome,

au phosphore et au soufre ; loin de nous cette pensée. Mais nous pensons que l'action thérapeutique ne réside pas *seulement* dans ces éléments chimiques.

C'est à l'association de ces éléments par la nature que nous devons, dans certains cas, des actions toutes spéciales de médicaments, effets que nous ne pouvions obtenir lorsque ces éléments étaient dans leur état d'isolement.

Terminons ce qui concerne la partie chimique de ce mémoire en ajoutant que ces analyses sont généralement exactes et en rapport avec celles qui les ont précédées dans la science, telles que celles de M. Joungh en 1846, et M. Riégel en 1852, de sorte que l'on peut dire aujourd'hui que l'analyse des huiles de poissons est parfaitement établie ; seulement la commission fait remarquer qu'il lui paraît impossible de doser de la margarine et de l'oléine par fractions de milligrammes ; que la substance séparée sous le nom de margarine n'était pas ainsi à l'état de liberté dans l'huile, qu'elle s'y trouvait à l'état de combinaison avec l'oléine.

Elle fait observer que dans l'une de ces analyses, on constate l'existence de la glycérine dans une certaine proportion, et, sans nier que le fait ait pu être reconnu, elle ajoute qu'il n'a pu se produire sans qu'il se soit formé en même temps une certaine quantité d'acide oléique dont on ne signale pas l'existence.

J'arrive maintenant, messieurs, au côté médical de ce travail.

Le but de M. Delattre a été d'abord de fournir au commerce des huiles de morue pures ; ensuite de livrer à la médecine deux nouvelles huiles de poisson, l'huile de *squale* et l'huile de *raie*.

M. Delattre a employé l'une et l'autre dans sa pratique. Il a été conduit aux résultats suivants :

1° L'action physiologique des huiles de foies de poissons est la même, quelle que soit l'espèce d'huile employée.

2° Ces huiles peuvent être considérées comme succédanées les unes des autres ; toutes peuvent être appliquées au traitement des affections scrofuleuses, dartreuses et rhumatismales.

3° Cependant, il est des affections qui réclament plus particulièrement l'emploi de telle ou telle huile.

Ainsi l'huile de foie de morue est plus efficace dans la phthisie scrofuleuse que les huiles de raie et de squale.

L'huile de raie amène plus rapidement la guérison de la diarrhée séreuse et des engorgements mésentériques des enfants, pendant la dentition, c'est même le seul médicament dont M. Delattre fasse usage dans ces sortes de cas très fréquents à Dieppe.

L'huile de raie réussit encore mieux que les autres huiles dans le traitement des dartres et du rhumatisme chronique.

4° L'huile de squale paraît jouir d'une action toute spéciale dans les altérations des os, et en tout cas elle peut être substituée avantageusement à l'huile de foie de morue. M. Delattre n'hésite pas même à lui accorder une préférence marquée dans le traitement des affections scrofuleuses.

Ces diverses propositions, envisagées au point de vue de la pratique, auraient exigé un temps considérable pour être l'objet d'un contrôle. L'expérience médicale ne repose que sur une observation soutenue. Votre commission a donc dû se borner à obtenir, s'il était possible, la solution d'une seule de ces propositions, la principale aux yeux de M. Delattre comme aussi de la thérapeutique, la question de savoir *si l'huile de squale peut être substituée avantageusement à l'huile de foie de morue*, et si même elle ne peut pas lui être préférée dans quelques cas.

Cette question avait d'ailleurs d'autant plus d'importance 1° que la pêche de la morue manque quelquefois, que celle du *squalus catulus* ne manque jamais ; 2° que la morue est un poisson d'une certaine valeur et dont on trouve toujours le débit, tandis que le squale n'a aucune valeur et qu'il est le plus souvent un embarras pour le pêcheur loin de donner lieu à un profit.

Avant d'aborder ce sujet, permettez-nous de tracer d'une manière sommaire les observations que M. Delattre a faites sur l'action physiologique des huiles de poissons.

Les huiles de foies de poissons n'agiraient qu'avec une

certaine uniformité sur les organes digestifs. Leur assimilation serait en raison de leur état de pureté. Ainsi l'huile brune produirait une pesanteur à l'épigastre chez tous les sujets indistinctement; chez un grand nombre, des nausées fréquemment suivies de vomissements; si elle n'était pas rejetée, les malades en conserveraient le goût pendant très longtemps; la saveur et l'odeur en seraient désagréables, et c'est à ces causes qu'il faudrait attribuer le refus d'un grand nombre de personnes d'en continuer l'usage.

L'huile blonde ne donnerait lieu qu'à un sentiment de chaleur épigastrique et plus rarement de pesanteur. Elle n'exciterait de nausées que chez des sujets très impressionnables où l'imagination peut jouer un certain rôle.

L'huile ambrée et l'huile vierge n'amèneraient qu'une légère sensation de chaleur à l'épigastre, sans autre sensation désagréable.

M. Delattre a vu des malades qui ne pouvaient supporter la moindre dose d'huile de foie de morue blonde ou brune, et dont l'estomac tolérait parfaitement l'huile ambrée.

Quelle que soit l'huile employée, si elle est tolérée, elle excite d'abord l'appétit d'une manière exagérée; mais après cinq à six semaines son usage est suivi d'anorexie. Elle entraîne l'état saburrhal de la langue, des digestions pénibles, et force à recourir à l'emploi de purgatifs. Si l'on ne tient pas compte de ces accidents, il se manifeste des symptômes de congestions inflammatoires dans les centres principaux de l'hématose.

L'huile jaune d'ambre et l'huile vierge n'amènent rien de semblable, mais elles n'excitent pas l'appétit au même degré. Leur usage peut être continué durant une année sans aucun inconvénient.

D'où M. Delattre tire la conséquence que l'huile ambrée et l'huile vierge sont d'un emploi préférable à l'huile blonde et à l'huile brune, sauf le cas d'inertie complète des organes de la digestion, *dans la diathèse scrofuleuse, par exemple, lorsqu'elle est portée au plus haut degré.*

Il ajoute enfin que si l'huile brune a été plus facilement

tolérée aux yeux de certains praticiens, cela tient à ce que les huiles incolores essayées comparativement n'étaient pas des huiles pures, mais bien sophistiquées par des huiles végétales.

Il y a dans cet ensemble de faits une exposition générale vraie et déjà connue, sauf l'explication des effets sur laquelle nous ne sommes pas d'accord. Ainsi, de l'aveu même de M. Delattre, l'huile brune de foie de morue est préférable dans la *diathèse scrofuleuse portée au plus haut degré*.

Or, *qui peut plus, peut moins;* si l'huile brune doit être préférée aux huiles blanches dans la scrofule la plus avancée, c'est qu'elle a plus d'activité médicamenteuse, et c'est peut-être à cette énergie curative qu'il faut attribuer les plus grands inconvénients que son emploi développe au début de son administration. Ce n'est donc pas là un motif sérieux de détruire cette opinion, si généralisée parmi les praticiens, que l'huile brune, envisagée au point de vue de sa puissance médicatrice, doit être préférée à l'huile blanche ou blonde; cela ne peut tout au plus conduire, en saine thérapeutique, qu'à engager les médecins à débuter dans un traitement par une huile blanche pour arriver ensuite à l'usage d'une huile brune.

Au surplus, c'est toujours la même tendance, basée sur des idées chimiques que nous signalions au commencement de ce rapport; mais les appréciations comparatives que nous avons faites des différences quantitatives des éléments inorganiques dans les diverses sortes d'huiles démontrent assez qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter, et que ce qui a été appris et enseigné aux médecins par l'usage des huiles brunes, de préférence aux huiles incolores, conserve toute sa valeur pratique.

Toutefois, afin de donner la mesure bien exacte de la pensée de M. Delattre à ce sujet, nous citerons la phrase suivante de son mémoire : « Est-ce, comme on a voulu l'établir, à la présence de l'iode ou au nombre de leurs éléments constitutifs que les huiles de foie de poissons doivent leurs propriétés thérapeutiques? » *Le croire est une erreur*. C'est à leur constitution générale; c'est parce qu'elles renferment des éléments dans

un état moléculaire organique *qui nous est inconnu*, mais qui fait que ces éléments sont facilement assimilés à nos organes, qu'elles possèdent des propriétés si précieuses. C'est, en un mot, parce qu'elles contiennent tout à la fois du chlore, de l'iode, du brome, du phosphore et du soufre, unis à des matières grasses *qui leur servent d'excipient*.

Pour nous, messieurs, nous dirons : Non, ce n'est pas seulement parce que ces huiles contiennent de l'iode, du brome, du chlore, du phosphore et du soufre, unis à une matière grasse organique qui leur sert d'*excipient*, que ces huiles exercent sur l'*économie* une action thérapeutique aussi importante, car si la matière grasse n'était qu'un *excipient* on pourrait faire des huiles artificielles de poissons en dosant les éléments qu'on y introduirait à l'état de dissolution; et, à cet égard, l'expérience a démontré la nullité complète de tous les efforts faits pour atteindre ce but.

C'est donc, d'une part, parce que ces éléments chimiques se trouvent, dans ces huiles, dans un état de constitution *toute particulière* que nous ne pouvons pas imiter; et, d'une autre part, parce que cette matière grasse, que vous considérez comme un excipient, est, par elle-même, *une substance thérapeutique*, que les huiles de foies de poissons sont si efficaces.

En ce qui concerne les huiles de foies de raie et de squale, elles sont d'une digestion aussi facile que les huiles jaune d'ambre et les huiles vierges; elles donnent lieu aux mêmes phénomènes.

J'aborde maintenant, messieurs, le travail plus direct de votre commission, c'est-à-dire le contrôle qu'elle a exercé à l'égard de l'huile de squale comme succédané de l'huile de foie de morue.

Inutile de dire que M. Delattre a mis à notre disposition toute la quantité d'huile nécessaire à l'expérimentation que je vais vous faire connaître.

L'huile de squale qui nous a été remise était très limpide, d'un jaune clair, d'une odeur moins forte que celle de l'huile de foie de morue, et différente aussi; sa saveur nous a paru moins désagréable.

Nous avons d'abord cru devoir rechercher si cette huile serait préférée à l'huile de foie de morue par les malades. 11 femmes et 9 hommes, en tout 20 malades, étaient depuis un temps variable mais assez long à l'usage de l'huile de foie de morue dans notre service, à l'hôpital Saint-Louis.

Parmi ces 20 malades, aucun d'eux ne prenait moins de quatre cuillerées d'huile, et un certain nombre en buvaient jusqu'à la moitié ou les trois quarts d'un verre à eau rougie matin et soir.

Chez tous l'huile de foie de squale fut administrée pendant huit jours, en remplacement de l'huile de foie de morue; deux seulement ont donné la préférence, pour le goût, à l'huile brune de morue.

Un malade chez lequel on avait été obligé de supprimer à plusieurs reprises, puis de cesser l'emploi de l'huile de morue, a pu supporter l'huile de squale à dose élevée jusqu'à guérison.

Ce cas n'est pas isolé. Parmi les malades de la ville auxquels nous administrions l'huile de squale, il est une jeune personne de dix-neuf ans, à laquelle un médecin anglais avait tenté de faire prendre, à deux reprises, de l'huile de foie de morue, et chaque fois la malade avait eu une répulsion tellement vive de l'estomac qu'elle en avait été très souffrante. Cependant l'huile n'avait été donnée que par cuillerées à café.

Cette jeune personne a pu supporter l'huile de squale pendant deux mois à la dose de quatre cuillerées à bouche par jour.

J'ai eu occasion d'observer de semblables tolérances chez d'autres malades qui éprouvaient la répugnance la plus grande à prendre l'huile de foie de morue.

Ainsi, d'une part, sur 20 malades qui ont pris en même temps l'huile de squale, 18 ont préféré cette huile à celle de morue.

D'une autre part, quelques malades qui n'avaient jamais pu supporter l'huile de morue ont pu prendre de l'huile de squale; ce qui n'empêche pas que nous ayons trouvé quelques

personnes qui ne pouvaient supporter ni l'huile de foie de morue, ni l'huile de squale.

Une fois fixé sur cette huile comme goût et comme tolérance, nous nous sommes attaché à étudier ses propriétés thérapeutiques.

A cet effet, nous avons successivement reçu dans notre service 12 malades, nous ne dirons pas vierges de tout traitement, mais qui se présentaient pour être admis à l'hôpital, et qui n'avaient pas été mis en traitement depuis un laps de temps assez long, si même ils avaient déjà été traités.

Ces 12 malades représentaient la scrofule à divers degrés, depuis le ganglion sous-maxillaire du volume d'une noix, indolent et sans rougeur à la peau, jusqu'à des plaies fistuleuses au pied, avec tuméfaction considérable et carie commençante du deuxième os du métatarse, ainsi que deux cas de lupus, dont un était généralisé à la figure et sur les membres.

Nous devons dire, au préalable, que nous n'instituons pas nos traitements antiscrofuleux comme tous les autres médecins.

Frappé des résultats de l'expérimentation faite par Guersant père et Baudelocque sur les antiscrofuleux administrés isolément, et dont le résultat final a donné, pour chacun d'eux, un tiers de guérisons, un tiers de malades soulagés, un tiers d'insuccès. Prenant en considération les essais de Psorspon (de Chambéry), sur la décoction de feuilles de noyer, comme aussi l'influence bien connue du fer sur la constitution, nous avons pensé qu'il serait plus avantageux, dans le traitement de la scrofule, d'administrer à la fois plusieurs médications réunies, sauf à diminuer les doses de chacune d'elles. Et, il faut le dire, nous n'avons eu qu'à nous louer de ce mode de traitement; de sorte que nous donnons habituellement à nos malades la tisane de noyer, le sirop d'iodure de fer, le vin de gentiane et l'huile de foie de morue, tout en conservant à ce dernier médicament la prééminence sur les autres; ce que nous faisons en augmentant graduellement la dose d'huile, tandis que nous laissons celle des autres agents toujours la même.

C'est qu'en effet, suivant nous, chacune de ces médications a son mode spécial d'action, sa puissance, son terme curatif, si je puis m'exprimer ainsi, terme au delà duquel il ne peut rien. Chacun d'eux agit, dans notre pensée, comme modificateur de la constitution, mais la modification que chacun d'eux imprime à l'organisme ne serait pas tout à fait la même.

On obtiendrait donc *plus* de la réunion de ces médicaments que de leur emploi isolé. Nous appelons cette médication composée, parce qu'elle résulte de plusieurs éléments des agents médicamenteux.

La preuve que cette manière de voir est fondée sur une observation juste, se traduit à nos yeux non pas seulement dans le traitement de la scrofule, où les effets d'une thérapeutique donnée sont toujours longs à se produire, mais encore dans le traitement des affections secondaires et tertiaires de la syphilis, maladies dans lesquelles nous donnons, depuis plus de vingt ans, les sudorifiques, l'iodure de potassium et le mercure à la fois; souvent même, et surtout pour les accidents tertiaires, nous administrons non-seulement ces trois médicaments, mais encore nous les associons au fer et à l'arsenic, et dans les formes scrofuleuses à l'huile de foie de morue.

Les guérisons de maladies qui avaient résisté à des traitements isolés par le mercure, l'iodure de potassium ou l'arsenic portés à des doses très élevées, nous ont démontré que cette voie nouvelle, dans laquelle nous sommes entré, était une voie sûre, et toujours l'expérience vient apporter la confirmation de cette pratique médicale.

En expérimentant l'huile de squale, nous nous sommes demandé si nous devions la donner seule, et pendant quelque temps nous l'avons donnée seule, mais nous n'avons pas tardé à abandonner cette ligne de conduite dans la persuasion où nous étions qu'en présence de nos habitudes personnelles, nous en jugerions moins bien les effets.

Nous ne détaillerons pas ici le résultat de nos observations, c'est un ensemble qu'il faut présenter. Suivant nous l'huile

de squale produit tous les effets de l'huile de foie de morue, et elle guérit avec la même rapidité.

Le jeune enfant à la carie du second os du métatarse; le lupus généralisé, qui était entré déjà dans d'autres services et dans d'autres hôpitaux, en sont une preuve évidente. Nous devons dire que, chez ce dernier malade, il nous a semblé que la marche de la maladie vers la guérison était plus rapide que de coutume.

De sorte que l'ensemble de ces faits nous a conduit à considérer l'huile de squale comme un succédané de l'huile de foie de morue, de même valeur que cette huile.

Toutefois nous n'avons pas voulu nous en rapporter à nos seuls essais et à notre propre observation.

MM. Guersant et Barthez avaient reçu de M. Delattre une certaine quantité de cette huile; mais ils l'ont peu expérimentée. Dans la lettre que M. Guersant nous a adressée pour nous informer des résultats qu'il avait obtenus, il s'exprime ainsi : « L'huile de squale me paraît avoir les propriétés de l'huile de foie de morue, et ce qu'il me paraît utile de noter, c'est que je l'ai donnée principalement à des enfants qui ne pouvaient prendre l'huile de foie de morue, et qu'ils ont pu prendre facilement l'huile de squale. »

M. Barthez, qui est chargé à Sainte-Eugénie d'un service de maladies aiguës, l'a très peu employée.

Mais nous avions prié M. Bergeron de l'essayer sur une assez grande échelle, dans le même hôpital et contre des affections chroniques.

Les premiers résultats n'ont pas été heureux ; tous les jeunes enfants dont l'âge ne dépassait guère cinq ans, étaient atteints en quelques jours de diarrhée, et il fallait, ajoute-t-on, cesser l'usage de l'huile. Il faut dire que personne ne contrôlait l'emploi de ce moyen.

En présence de ces résultats, que nous n'avions pas observés, nous avons invité M. Bergeron à répéter ses essais, et alors il fit prendre l'huile sous ses yeux le matin. Le soir, son élève interne était chargé de ce soin.

A partir de ce moment, les choses ont entièrement changé de physionomie.

Quatorze enfants de sept à quatorze ans, tous scrofuleux, mais à des degrés très différents, ont pris l'huile de squale à partir du 14 décembre dernier. Chez tous on a débuté par une dose de 12 à 15 grammes ; mais chez les plus âgés, cette dose a pu être rapidement portée jusqu'à 30 grammes ; trois malades ont pu aller au delà, mais jamais la dose de 50 grammes n'a été dépassée.

Un enfant a donné la préférence à cette huile sur celle de foie de morue ; les autres se sont montrés indifférents au changement d'huile. La préférence de cet enfant pour l'huile de squale était telle, qu'il passait sa langue sur la paroi du verre pour l'essuyer, et il dédaignait le sucre menthé qu'on lui offrait après avoir bu l'huile.

Sur ces quatorze enfants, neuf ont eu de la diarrhée, un après deux jours, un après quatre jours, un troisième après cinq jours ; chez les six autres, elle a duré de deux à trois jours ; toutefois elle n'a pas paru de nature à suspendre l'administration de l'huile. Chez un seul enfant la diarrhée ayant persisté pendant quatre jours, on a suspendu l'emploi de l'huile pendant quarante-huit heures, pour la reprendre ensuite sans inconvénient. Tous ces enfants, qui antérieurement avaient fait usage d'huile de foie de morue, avaient d'ailleurs eu de la diarrhée sous l'influence de cette huile.

Dans la première série d'enfants âgés de deux à cinq ans, la diarrhée avait été plus communément observée.

Nous sommes entré dans ces détails, que nous a fournis notre collègue aux hôpitaux M. Bergeron, parce que rien de semblable n'avait été observé chez nos malades, beaucoup plus âgés d'ailleurs, quinze à vingt-cinq ans, et parce que M. Delattre fait remarquer, avec beaucoup de justesse, que la tolérance des organes digestifs pour les huiles de poissons est en raison directe de l'âge. Plus les enfants sont jeunes, plus il faut abaisser la dose d'huile, et jusqu'à l'âge de six à sept ans on ne doit débuter que par une cuillerée à café d'huile.

En ce qui concerne l'action thérapeutique de l'huile de

squale, M. Bergeron reconnaît qu'une amélioration sensible a été constatée dans l'état des enfants. Dans deux cas, les changements ont été très rapides, après s'être fait attendre pendant plusieurs mois de l'administration de l'huile de foie de morue. Et si ces changements ne prouvent pas que l'huile de squale a seule opéré la transformation, ils prouvent au moins, *d'une manière péremptoire*, qu'elle a continué au moins avec avantage l'action de l'huile de foie de morue.

A ces données générales, M. Bergeron a joint un tableau que nous réunissons au rapport, et dans lequel on trouve le détail de l'expérimentation à laquelle il s'est livré.

Certes, l'ensemble de ces expérimentations est insuffisant pour porter un jugement définitif sur la valeur réelle de l'huile de squale, et sur les indications plus spéciales qu'elle est appelée à remplir, mais il suffit pour reconnaître que l'huile de squale peut être considérée comme un succédané de l'huile de foie de morue.

Or, la pêche de la morue manque quelquefois, celle des squales est toujours trop abondante, puisque ce poisson se vend à vil prix.

C'est donc une ressource nouvelle pour la thérapeutique.

En résumé, M. Delattre, en se livrant à des analyses longues et minutieuses sur les huiles de foie de morue, de raie et de squale, a fait un travail utile qui peut devenir la source de plus d'un enseignement précieux.

En administrant comparativement ces diverses huiles en médecine, il a ouvert une voie nouvelle à la thérapeutique en ce qui concerne particulièrement l'huile de squale.

Il faut dire, pour être juste, qu'il n'est pas le premier à proposer son emploi : M. Vre (*Revue médico-chirurgicale*, t. V, p. 114) avait émis, ainsi que M. Homolle (*Journal de pharmacie*, t. XXV, p. 36), cette proposition que les foies de squale peuvent remplacer les foies de morue dans la préparation de l'huile; mais ce n'était qu'une assertion, M. Delattre en a donné la preuve.

M. Lebœuf, pharmacien à Bayonne, avait préparé en 1854 de l'huile de foie de squale qui a été employée comme suc-

cédané de l'huile de foie de morue ; il en avait adressé, à cette époque, un échantillon considérable à M. Bouchardat. Cette huile n'est pas entrée dans le domaine médical.

Mais M. Delattre, en créant un appareil pour la préparation des huiles de poisson à l'abri du contact de l'air ; en établissant une pêcherie spéciale pour les squales, en administrant cette huile dans sa pratique médicale, a véritablement ouvert la porte à l'usage commercial de cet agent.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer le mémoire de M. Delattre au comité de publication.

2° D'adresser des remercîments à M. Delattre pour la communication qu'il a faite à l'Académie.

— M. J. Cloquet : Le squale n'est pas aussi à dédaigner que paraît le croire M. le rapporteur. C'est un poisson très abondant sur nos côtes et sur celles de l'Algérie. Nos pêcheurs en font une assez grande consommation. J'ai eu l'occasion de manger de ce poisson ; sa chair n'est pas très savoureuse, mais elle est mangeable, particulièrement celle du squale à marteau.

Le squale a un foie très volumineux, qui doit, par conséquent, fournir de grandes quantités d'huile. Je m'associe aux éloges que M. Devergie a donnés aux belles recherches de M. Delattre, dont le résultat est de doter la thérapeutique d'un remède efficace destiné à remplacer avantageusement, à tous les égards, l'huile de foie de morue.

— M. Gibert : Les essais qu'a faits M. Devergie me paraîtraient plus convaincants s'il avait expérimenté l'huile de squale seule, sans l'associer à l'iodure de fer, au vin de gentiane et à la tisane de noyer. Il me semble qu'il n'est rigoureusement permis de rien conclure d'une manière de procéder aussi complexe.

— M. Devergie : J'avais à comparer l'huile de squale à l'huile de morue. J'ai dû me placer en administrant l'huile de squale dans des conditions tout à fait identiques avec celles

que j'ai l'habitude de suivre dans l'administration de l'huile de foie de morue. De cette manière seulement je pouvais, ce me semble, arriver à des résultats comparables. D'ailleurs les essais tentés par d'autres collègues des hôpitaux et dans les conditions demandées par M. Gibert, sont venus corroborer les résultats que j'avais obtenus.

— M. Boudet : Je trouve que M. Devergie a été trop loin dans l'espèce de condamnation dont il a frappé l'huile iodée. Sans doute, une pareille préparation ne saurait avoir la prétention de remplacer avantageusement l'huile de foie de morue; mais ce n'est pourtant pas un remède à mépriser. L'Académie lui a donné son approbation il y a quelques années ; et des faits assez nombreux sont venus déposer, dans cette enceinte, en faveur de l'heureuse et utile invention de M. Personne.

— M. Devergie : Je n'ai pas jeté le blâme sur l'huile iodée ; je n'ai blâmé que la prétention des personnes qui la représentent comme propre à remplacer l'huile de foie de morue, et j'ai désapprouvé l'engouement de ceux qui plaçaient ces deux huiles sur le pied de l'égalité.

Je le répète, jamais on ne parviendra à remplacer complétement les huiles naturelles de poisson par des huiles artificielles, pas plus qu'on n'arrivera à substituer avantageusement les eaux minérales artificielles aux eaux minérales naturelles.

— M. Robinet : On a trop souvent l'habitude de généraliser dans les opinions que l'on prête aux autres. Ainsi, j'ai regretté d'entendre M. Devergie accuser les chimistes et les pharmaciens de vanter l'huile iodée au-dessus de l'huile de foie de morue. C'est là une opinion particulière à *quelques* pharmaciens, au plus petit nombre, Dieu merci ! à ceux qui affichent leur nom à la quatrième page des journaux; mais les véritables, les savants pharmaciens et chimistes, n'ont jamais soutenu une pareille énormité. Nous savons très bien qu'en matière de médicaments l'art ne peut pas faire mieux que la nature.

— M. Devergie : J'ai été mal compris par M. Robinet. Mon accusation n'atteint pas tous les pharmaciens ; et la phrase qui a trait à ce sujet, ne parle que de *quelques pharmaciens*. Je suis donc tout à fait de l'avis de M. Robinet.

— M. Boudet, après avoir donné lecture des conclusions du rapport de M. Guibourt sur l'huile iodée, insiste sur le rôle considérable que jouent les principes inorganiques dans l'huile de foie de morue ; il répète qu'il ne saurait admettre, avec M. Trousseau, que cette huile n'agit qu'à la façon des matières grasses, et qu'on peut aussi bien lui substituer la graisse de porc, le lard ou le beurre. Les substances inorganiques sont tellement associées dans les huiles de poisson à la matière organique, qu'il en résulte un tout, un ensemble inimitable par les procédés artificiels, et qui jouit d'une efficacité thérapeutique que nul ne saurait nier, bien qu'il soit très difficile d'en trouver la raison.

— M. Devergie s'élève contre la tendance qu'ont certaines personnes à faire trop souvent intervenir la chimie dans l'explication des phénomènes qui se passent au sein de l'organisme.

— M. Chatin voudrait que le débit des huiles de squale et de raie fût réglementé, comme l'est celui de tous les remèdes. Ce sont deux médicaments, il ne faudrait pas qu'ils tombassent dans le domaine de l'épicier. Le pharmacien seul devrait avoir le droit de vendre ces produits.

— M. Boudet voudrait que toutes les huiles de poisson ne se vendissent comme médicaments que sous la garantie d'un contrôle scientifique bien sérieux.

— Plusieurs voix : Mais parviendrez-vous jamais à bien doser les principes actifs que renferment ces huiles !

— M. Chatin : En ce qui concerne l'iode, rien n'est plus facile. On possède aujourd'hui des procédés très prompts et très sûrs.

— M. le secrétaire général fait remarquer que la propo-

sition de M. Chatin et celle de M. Boudet tendent à faire appliquer aux huiles de squale et de raie le bénéfice de la loi du 2 mai 1850 ; il y aurait lieu, dès lors, de renvoyer le travail de M. Delattre à la commission des remèdes secrets et nouveaux pour devenir l'objet d'un second rapport. Ce n'est pas là ce que l'auteur a demandé.

— M. Depaul : M. Devergie a déclaré que des enfants avaient été guéris par l'huile de raie de la diarrhée séreuse symptomatique du travail de la dentition. C'est là un fait tellement extraordinaire que, pour mon compte, j'ai grand'-peine à y croire. Je demande donc qu'une pareille assertion soit faite sous toute réserve.

— M. Devergie : Je n'ai rien dit de semblable, puisque je n'ai fait aucune expérience dans ce sens; je me suis contenté de reproduire à ce sujet les propres paroles de M. Delattre. M. Delattre affirme avoir obtenu des guérisons; mais la Commission ne se porte aucunement garant de cette affirmation.

— M. Depaul regrette que la commission n'ait pas vérifié expérimentalement l'exactitude d'une assertion si grave.

— M. Gibert pense aussi que M. le rapporteur devrait exprimer dans son travail les doutes que suggère la nouvauté de ce fait.

— M. le secrétaire perpétuel : L'Académie n'est pas responsable des opinions émises par les auteurs des mémoires qui lui sont soumis, et le devoir du rapporteur est cependant de les faire connaître.

— M. le Président met aux voix les conclusions du rapport.

Elles sont adoptées.

—

LECTURES.

Résumé d'un mémoire contenant la description anatomo-pathologique de diverses espèces de cataractes, par M. le docteur CHARLES ROBIN (1).

(Extrait par l'auteur.)

PREMIÈRE CLASSE : CATARACTES CAPSULAIRES. — *Première espèce : Cataracte pseudo-menbraneuse.* Cette espèce de cataracte peut se développer indépendamment de toute adhérence de la capsule avec l'iris. La première apparition du tissu pseudo-membraneux commence manifestement par la naissance de cellules analogues aux cellules dites fibro-plastiques. Celles-ci, bien que souvent étroites, très allongées, comme dans le tissu lamineux sous-cutané de l'embryon, sont pourtant plus larges et plus courtes en général que dans les autres tissus. Sur des parties encore entièrement transparentes de la capsule on voit ces cellules éparses appliquées et adhérentes contre la face antérieure, elles sont rarement accompagnées de noyaux libres, et ceux-ci existent en petite quantité lorsqu'on les rencontre.

En examinant les préparations plus près des portions opaques du produit morbide, on voit ces éléments de plus en plus nombreux, superposés les uns aux autres, circonscrire des espaces aréolaires arrondis et prendre de plus en plus les caractères des fibres du tissu lamineux ou cellulaire. Bientôt on trouve que par la superposition de ces éléments le tissu morbide est de plus en plus opaque ; des granulations grisâtres, attaquées par l'acide acétique, s'ajoutent à lui et sont interposées en plus ou moins grand nombre aux fibres. Ces dernières sont très adhérentes les unes aux autres, et dans les parties tout à fait opaques on constate que la production morbide est constituée par un tissu non vasculaire, ferme, assez difficile à déchirer, dont l'aspect est strié, à stries peu ou pas onduleuses, à déchirure plutôt lamelleuse que fibreuse. Ce tissu est ordinairement incrusté, mais un certain temps

(1) Le mémoire complet sera imprimé dans le tome XXIII des *Mémoires de l'Académie*.

après sa première apparition seulement, par une quantité variable d'un cas à l'autre de granules microscopiques, généralement arrondis, composés de carbonate de chaux principalement.

Deuxième espèce : Cataracte capsulaire crayeuse ou crétacée. — Elle est caractérisée par la production de granules microscopiques, arrondis, jaunâtres, à contours foncés, à centre brillant sous le microscope. Ils sont d'abord isolés, épars, ou rarement juxtaposés en petit nombre. Ils adhèrent à la surface irienne de la cristalloïde antérieure, et sont incrustés dans cette membrane sur une épaisseur d'un centième de millimètre environ. L'opacité se manifeste lorsque ces grains sont assez gros et assez rapprochés pour empêcher le passage de la lumière, et former des amas visibles à l'œil nu. Ils se multiplient parfois suffisamment pour former à la surface de la capsule une couche épaisse d'un demi-millimètre et plus, cassante, etc., dite *ossification de la capsule.* Mais celle-ci reste intacte derrière le dépôt calcaire qui, néanmoins, lui adhère intimement. Les réactifs montrent que ces couches, comme les grains isolés, sont composés principalement de carbonate de chaux et d'une petite quantité de phosphate de cette base. Après la dissolution des sels, il reste une trame de nature organique très transparente, presque imperceptible.

Deuxième classe : Cataractes lenticulaires. — *Première espèce : cataractes molles.* — L'altération siége dans la couche molle, superficielle ou corticale du cristallin. Elle détermine des opacités blanchâtres ou grisâtres sous forme de lignes, de points, etc., diversement disposés, uniformes ou à peu près. Dans tous ces cas, la lésion est la même; il n'y a de différence que dans son étendue. L'altération de la couche molle superficielle ou corticale du cristallin est due à ce que, par suite de troubles dans le renouvellement moléculaire nutritif et le développement de ses éléments, ceux-ci ont subi les modifications morbides de structure dont suit la description. Ces altérations consistent surtout en un passage à un état plus granuleux, avec aplatissement en bandelette des tubes qui, en même temps, perdent leurs noyaux. Cet état

granuleux se manifeste aussi quelquefois dans les fibres dentelées. Les cellules du cristallin ont disparu, se sont réduites en granulations, ou bien d'homogènes et hyalines sont devenues granuleuses. En même temps se sont produites, entre les tubes réduits à l'état de bandelettes, des granulations moléculaires libres, des gouttelettes limpides et des gouttes d'aspect huileux. Celles-ci ont exsudé de la substance des éléments, ou proviennent peut-être de leur destruction. Il s'est formé, en outre, dans cette couche superficielle, des corpuscules solides, arrondis ou de formes variées, soit homogènes, soit granuleux, englobés ou non dans une substance de consistance cireuse. Enfin, quelquefois il s'y dépose du carbonate de chaux mélangé de traces du phosphate de cette base. Ces altérations diverses font que, d'une homogénéité et d'une transparence extrêmes, la couche molle du cristallin et quelquefois son noyau dur sont arrivés à un état hétérogène ; de telle sorte que la lumière, au lieu de traverser ces tissus, est réfléchie par ces particules d'espèces diverses et prennent une teinte blanche ou grisâtre ; c'est ce que l'on voit survenir pour toute substance granuleuse ou hétérogène que frappe la lumière.

Deuxième espèce : cataracte liquide. — Elle présente un aspect lactescent, et dans la cavité de la capsule se trouve contenu, comme dans un kyste, un liquide blanchâtre, dans lequel flotte le noyau dur du cristallin. Le liquide se compose d'un fluide tenant en suspension des gouttes graisseuses, des corpuscules et des granulations solides. C'est le passage des éléments normaux de la couche superficielle du cristallin à l'état de liquide, tenant en suspension et en émulsion les corpuscules et les gouttelettes précédentes, qui fait que d'une homogénéité et d'une transparence parfaite elle est amenée à ne plus se laisser traverser par la lumière qu'imparfaitement. Elle la réfléchit, au contraire, avec une couleur blanchâtre, comme le fait tout liquide tenant en suspension des corpuscules solides ou des gouttes d'un fluide hétérogène par rapport à lui.

Troisième espèce : cataractes dures. — Ces cataractes con-

servent au fond la même composition anatomo-pathologique que les cataractes molles, et il ne s'est pas produit d'éléments essentiellement différents de ceux du cristallin normal, sauf les corpuscules solides, granuleux ou non, et les gouttes graisseuses exsudées des éléments préexistants qui se sont altérés. La lésion consiste surtout en une modification intime des éléments du cristallin, qui fait qu'ils deviennent plus solides chacun individuellement, et plus adhérents les uns aux autres qu'à l'état normal. En même temps les éléments ainsi modifiés deviennent plus granuleux, ce qui est une des causes essentielles de l'opacité, tandis que les autres causes sont la production des corpuscules solides et l'exsudation des gouttes graisseuses.

Quatrième espèce : cataracte lenticulaire crayeuse. — Elle est rare et due à une incrustation des éléments anatomiques des portions molle et dure du cristallin, qui ne sont pas détruites. Dans cette espèce de cataracte, le cristallin est d'un blanc grisâtre ou d'un blanc crayeux. Il est tantôt dur, compacte, surtout à la surface, et friable, comme grenu dans sa profondeur ; tantôt il est friable dans toute son épaisseur. Il peut quelquefois n'offrir l'état pierreux qu'à la surface, le noyau restant peu altéré. La lésion consiste essentiellement en un dépôt calcaire, principalement composé de carbonate de chaux, accompagné d'une petite proportion de phosphate de la même base, incrustant molécule à molécule les éléments du cristallin, sans empêcher de les reconnaître après avoir dissous les sels par les acides affaiblis. L'action de ces agents y fait reconnaître aussi des corpuscules sphériques analogues à ceux des cataractes dures et molles, qui étaient également incrustés de carbonate calcaire.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

M. Malapert, pharmacien à Poitiers, offre en hommage, à l'Académie, plusieurs brochures dont il est l'auteur ; sur le bombyx anastomose, sur la nicotine, sur l'oïdium Tuckeri, etc., etc.

Guida Pratica per l'uso delle preparazioni di guaco del cavaliere dott. Odoardo Turchetti.

Essai historique et médical sur les constitutions propres au climat de Montpellier, par le docteur Camille Saint-Pierre.

Traité pratique du pied bot, par M. le docteur Vincent Duval, 3e édition, 1859, 1 vol. in-8, avec figures.

Bulletino delle scienze mediche della societa mèdico chirurgica di Bologna. Mars.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 13.

Journal de médecine de Bordeaux. Avril.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 2e série, t. II, n. 5.

Recueil de médecine vétérinaire. Avril.

Annuaire de la Société météorologique de France, feuilles 17 à 24.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 20.

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, 1858-1859.

La Revue thérapeutique du Midi, 30 avril.

La Revue médicale française et étrangère, 30 avril.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 9.

Annuaire de la Société météorologique de France. Avril.

Le Progrès, n. 17.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 21.

La Clinique européenne, n. 18.

L'Abeille médicale, n. 18.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 4.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 17.

La France médicale et pharmaceutique, n. 18.

Gazette médicale de Paris, n. 18.

L'Union médicale, n. 50 et 51.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 50 à 52.

Gazette des hôpitaux, n. 50 à 52.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 17.

SÉANCE DU 9 MAI 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

I. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes accuse réception à l'Académie :

1° De cent exemplaires de l'ouvrage intitulé : *Eloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie*, de 1750 à 1792, par A. Louis, recueillis et publiés avec une introduction, par M. Fréd. Dubois (d'Amiens), etc. ;

2° Du rapport imprimé lu par M. Velpeau *Sur les expériences tentées dans son service, à l'hôpital de la Charité, par le sieur Vriès.*

II. M. le garde des sceaux ministre de la justice accuse également réception du rapport de M. Velpeau, et informe l'Académie qu'il va se concerter avec M. le ministre de l'instruction publique sur les mesures qu'il peut convenir de prendre au sujet des faits énoncés dans ce rapport.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Meurthe, de l'Ardèche et de Seine-et-Oise, avec un rapport général de M. le docteur Peyron pour ce dernier département. — Une lettre de M. le préfet de Loir-et-Cher, relative à des épidémies d'angine et de variole qui ont régné dans les communes de Gièvres et de Villefranche. — Un rapport de M. le docteur Spiral sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la ville de Stenay. — Un rapport final de M. le docteur Jacquot sur une épidémie de typhus qui a régné dans l'arrondissement de Saint-Dié. (*Commission des épidémies.*)

II. La recette et l'échantillon des pilules contre la carie des dents. — La recette et l'échantillon d'un élixir d'opium. — Un nouveau document relatif au mode de traitement de la fièvre intermittente proposé par le sieur DELHOMMEAU. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Les rapports de MM. les docteurs GOYRAND, RÉROLLE et REVILLOU sur le service médical des eaux minérales d'Aix, de Bourbon-Lancy, et des bains de mer du Croisic pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur CAUSARD annonce à l'Académie qu'il lui enverra prochainement un rapport complémentaire sur l'épidémie de variole qui a sévi dans sa circonscription. (*Renvoi à la commission des épidémies.*)

II. M. le docteur MAISSIAT prie l'Académie d'accepter en dépôt un pli cacheté dans ses archives. (*Accepté.*)

III. M. le docteur GORNET (de Rio de Janeiro) adresse à l'Académie un numéro des *Annales brésiliennes de médecine* dans lequel se trouvent relatés quelques faits au sujet desquels il y a désaccord entre lui et MM. Carron du Villards et Carvalho.

IV. M. le docteur LABOURDETTE adresse à l'Académie une lettre en réponse à celle envoyée par M. Dumesnil, au sujet du rapport lu récemment par M. Henri Bouley. (*Renvoi au rapporteur de la commission.*)

M. BOULEY fait observer qu'il n'a eu à s'occuper, dans son rapport, que de M. Labourdette, seul auteur du mémoire dont il avait à rendre compte. Quant à M. Dumesnil, cité dans ce travail, son nom a également été cité dans le rapport.

V. M. MATHIEU met sous les yeux de l'Académie un appareil construit d'après les indications de M. Tirman, élève en médecine, et qu'il désigne sous le nom de *néphogène*, et qui a pour but de réduire l'eau en molécules extrêmement ténues. (*Commissaires :* MM. Patissier, Poiseuille, Henry et Gavarret.)

VI. M. Aubergier (de Clermont-Ferrand) écrit à l'Académie qu'il est en mesure de se procurer des opiums orientaux d'une richesse de 10 pour 100 de morphine, et de combler de la sorte le déficit en cas d'insuffisance de la récolte d'opium indigène.

— M. Velpeau, au nom de M. Bennett (d'Édimbourg), fait hommage à l'Académie de la troisième édition des *Principes et pratique de médecine*. (Voy. la correspondance imprimée.)

M. Velpeau propose d'inscrire le nom de M. Bennett parmi les candidats au titre d'associé étranger.

— M. Malgaigne demande la parole à l'occasion de la correspondance.

Il fait remarquer qu'il est dans les usages académiques d'adresser une lettre de remercîments aux personnes qui font hommage d'un ouvrage ou d'un mémoire à la Compagnie.

Il rappelle que M. le Secrétaire perpétuel vient de combler une lacune dans l'histoire des Académies, en donnant la publicité aux Éloges académiques, si remarquables du célèbre Louis, qui depuis longues années étaient enfouis dans les archives de l'ancienne académie de chirurgie, et en y ajoutant une introduction et des notes, qui pour l'intérêt et les pensées, ne le cèdent en rien aux Éloges que produit chaque année M. le Secrétaire perpétuel.

Qu'il y aurait lieu de lui témoigner tout le prix que l'Académie attache à cette publication nouvelle si importante, et qu'il ne doute pas que la Compagnie s'associe à son désir pour lui exprimer toute sa gratitude.

L'Académie vote des remercîments unanimes à M. Dubois (d'Amiens).

— M. le Secrétaire perpétuel exprime à l'Académie combien il est touché de l'assentiment qu'elle vient de donner à cette publication dont il avait conçu la pensée depuis dix ans, et dont il a été heureux de voir la réalisation.

— M. Malgaigne dépose sur le bureau l'ouvrage de M. le docteur G. Liétard, intitulé : *Essai sur l'histoire de la méde-*

cine chez les Indous (voy. la correspondance imprimée). Il signale, à cette occasion, le *Continens* de Rhazès comme une source précieuse et trop négligée de renseignements sur la médecine des Indous. Les recherches très rapides faites par M. Malgaigne lui ont permis de retrouver dans le livre de Rhazès les noms des trois médecins indous dont parlent MM. Briau et Liétard; celui d'*Atreya*, le premier des écrivains indous ; Rhazès cite, en effet, le livre d'*Attrai*, et un certain *Attarhindi* ou *Attrahindi*, ce qui semble vouloir dire *Attar l'Indou;* le nom de *Charaka*, qui a rassemblé tous les écrits laissés par les élèves d'Atreya, se reconnaît malgré l'altération que Rhazès lui fait subir dans les noms de *Xarcha l'Indou*, et ailleurs *Charcha*, *Schark*, *Scark*, *Scarak;* c'est enfin *Suçruta*, selon toute probabilité, que le médecin arabe appelle *Asusistara* et non *Erasistrat*, comme le supposait Haller.

—

PRIX BARBIER.

N° 5. De la stricturotomie intra-uréthrale, méthode curative des rétrécissements de l'urèthre, etc., par M. le docteur GUILLON.

—

RAPPORT.

De l'emploi du coton comme hémostatique infaillible dans les hémorrhagies par piqûres de sangsues, par le docteur JACQUEZ, de Lure (Haute-Saône). — (*Rapport* de M. Blache.)

Messieurs, le 21 décembre dernier, M. le docteur Jacquez, de Lure (Haute-Saône), médecin des épidémies et lauréat de l'Académie, a adressé à l'Académie un mémoire *Sur l'emploi du coton comme hémostatique infaillible dans les hémorrhagies par piqûres de sangsues.*

C'est de ce mémoire que je vais avoir l'honneur de vous rendre compte.

M. le docteur Jacquez, après avoir énuméré les nombreux agents le plus fréquemment mis en usage pour combattre les

hémorrhagies capillaires traumatiques, et avoir essayé de démontrer leur inefficacité, propose d'accorder la préférence au coton. Cette substance se trouve partout, l'application en est facile, et, d'après notre confrère, les résultats nombreux obtenus prouvent que le coton a une action hémostatique évidente, infaillible.

M. Jacquez conseille de rouler entre les doigts quelques brins de coton, de manière à faire une boulette de grosseur suffisante pour remplir la plaie saignante et se loger entièrement dans sa cavité; on essuie la piqûre, et l'on y introduit tout de suite la boulette, soit avec une petite pince, soit avec le bout d'un stylet, soit même la tête d'une épingle ou le bout de l'ongle. On éponge de nouveau, s'il est nécessaire, et l'on recouvre la piqûre d'une autre boule de coton de la grosseur d'une noisette, sur laquelle on met le doigt, et qu'on maintient faiblement comprimée pendant trois ou quatre minutes au plus. Alors l'hémorrhagie est définitivement arrêtée. On cesse la compression, et on laisse les deux boules en place. Tel est le procédé opératoire, qui est, on le voit, d'une extrême simplicité.

L'usage du coton pour faire cesser de petites hémorrhagies n'est pas chose nouvelle; il est peu d'entre nous, assurément, qui n'aient eu recours à ce moyen nombre de fois; enfin, le 24 mai 1847, M. le docteur Bourdin, comme le fait très bien remarquer notre confrère de Lure, avait présenté à l'Institut (Académie des sciences) un mémoire fort intéressant sur les propriétés hémostatiques du coton dans les hémorrhagies capillaires et dans celles des vaisseaux de petit calibre.

La propriété hémostatique du coton nous paraît être essentiellement mécanique dans le procédé recommandé par M. le docteur Jacquez. Avec de l'agaric, avec de la charpie, on arrive presque toujours au même résultat. Il semble donc bien difficile d'admettre qu'il existe dans le coton une vertu hémostatique autre que celle de son adhérence, plus rapide et plus facile aux bords de la plaie.

Et quant à son infaillibilité, nous avons pu nous convaincre tout récemment qu'elle n'existait pas; car, après avoir em-

ployé, pour arrêter une hémorrhagie suite d'une morsure de sangsue, le coton, en n'omettant aucune des précautions indiquées par M. Jacquez, nous avons été obligé d'avoir recours au perchlorure de fer, sous l'influence duquel l'écoulement du sang a cessé immédiatement.

Terminons donc en disant que le coton peut rendre service dans les cas où l'on manque d'autres agents hémostatiques; mais qu'il n'est point infaillible, et qu'on ne peut comparer son action à celle du perchlorure de fer, dont l'emploi est facile et n'offre aucun danger.

Concluons enfin en adressant des remercîments à notre confrère Jacquez, dont nous vous proposons de déposer le mémoire dans les archives de l'Académie.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

LECTURES.

Mémoire sur les accidents produits par l'emploi des verts arsenicaux chez les ouvriers fleuristes en général, et chez les apprêteurs d'étoffes pour fleurs artificielles en particulier. Assainissement hygiénique de cette profession par un procédé qui permet d'employer les verts arsenicaux sans danger pour l'ouvrier et pour le consommateur, par M. Vernois, membre titulaire du Conseil de salubrité.

(Extrait par l'auteur.)

Ce travail se divise en trois parties. Dans la première, tout hygiénique, l'auteur décrit les détails de l'industrie du fleuriste, dans lesquels on se sert des verts arsenicaux. C'est d'abord la préparation des herbes. Elle comprend le trempage, le séchage, le poudrage et l'assemblage des bouquets. Vient ensuite l'apprêteur d'étoffes, qui unit l'acide picrique au vert de Schweinfurt dans la préparation de sa pâte; il pratique successivement le battage, le brossage, le séchage et le pliage de l'étoffe. C'est pendant le séchage qu'il se développe un accident presque inévitable. L'étoffe est fixée sur des ca-

dres de bois munis d'un rang très serré de pointes aiguës qui piquent les doigts et les mains des ouvriers. Ces blessures donnent lieu à l'inoculation constante et répétée du sel arsenical. Après l'apprêteur vient le cylindreur, qui lisse la toile; puis les fabricants la découpent en feuilles. Celles-ci sont dédoublées, gaufrées, accouplées et montées.

Dans toute cette série de manipulations diverses, les mains des ouvriers sont couvertes de pâte ou de poussière arsenicale. Des ulcères graves se déclarent aux doigts des apprêteurs, et tous les ouvriers, en montant les bouquets, respirent constamment une poudre toxique.

La deuxième partie est consacrée aux accidents externes et internes déterminés par cette industrie. M. Vernois insiste principalement sur ceux qui surviennent chez les apprêteurs et chez les ouvriers fleuristes. Il indique les erreurs cliniques commises à cet égard, et montre qu'on pourra les éviter en interrogeant convenablement les malades.

M. Vernois, après avoir énuméré les conditions spéciales du travail où les fleuristes manient les pâtes ou les produits arsenicaux, décrit le nouveau procédé qui permettra de s'en servir sans danger. Il consiste dans l'incorporation de la matière colorante dans un collodion spécial; le procédé est dû à M. Bérard Touzelin, de Paris. Ce collodion coloré sert à fabriquer, soit seul, toute espèce de feuilles, soit étendu sur une toile, tous les tissus à l'aide desquels on confectionne les herbes et feuilles artificielles du commerce. On laisse donc à l'industrie le corps dont elle a besoin pour obtenir certaines colorations, et l'on peut, avec cette manière d'opérer, répondre à toutes les indications et à tous les caprices de la mode et de l'industrie. Avec ce procédé, et du commencement à la fin, il n'y a plus rien à redouter de l'emploi des verts arsenicaux dans la fabrication des feuilles artificielles.

Dans la troisième et dernière partie, celle qui a trait à la police médicale, M. Vernois cherche à établir que l'on doit moins s'attacher à proscrire les industries insalubres qu'à trouver les moyens d'en assainir les procédés. Aussi recherche-t-il la meilleure pratique dans une série d'expériences

qui lui sont propres; il reprend un à un chaque danger, chaque inconvénient, et pose les préceptes qu'on doit enseigner à ceux qui se servent des verts arsenicaux. Il termine en indiquant aux ouvriers comment ils pourront obtenir une série de *beaux verts* sans employer aucune préparation arsenicale.

M. Vernois a mis sous les yeux de l'Académie des planches très bien exécutées qui représentent les lésions propres aux apprêteurs d'étoffes, et une collection de feuilles artificielles en collodion pur et en étoffes collodionnées au vert de Schweinfurt.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Clinical Lectures on the principles and practice of medicine, by John Hughes Bennett. 3e édition.

Essai sur l'histoire de la médecine chez les Indous, par M. le docteur G. Lietard. — Ouvrage présenté par M. Malgaigne.

Le Progrès, n. 18.

Clinique européenne, journal international de médecine, n. 19.

L'Abeille médicale, n. 19.

Journal des Savants. Avril.

La France médicale, n. 19.

Gazette médicale de Paris, n. 19.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 18.

L'Union médicale, n. 53 à 55.

Gazette des hôpitaux, n. 53 à 55.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 53 à 55.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, tome XLVIII, n. 18.

SÉANCE DU 17 MAI 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie :

I. Un arrêté autorisant la compagnie à administrer, dans le cas où l'Association des médecins de la Seine cesserait d'exister, la fondation du docteur Moulin en faveur d'un fils de médecin pauvre.

II. Un pétition adressée à Sa Majesté l'Empereur par le sieur LAURENZO GIORDANO, dans le but d'être autorisé à expérimenter des remèdes prétendus infaillibles contre la plupart des maladies réputées incurables. (*Commission des remèdes secrets.*)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les rapports de MM. les docteurs TELLIER et LOUBIER sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-Lancy et de Propiac pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Le rapport final de M. le docteur NOIROT (de Dijon) sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Darois et d'Hauteville. — Le rapport de M. le docteur SAUNOIS (de Metz) sur l'épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville en 1859. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département de l'Orne. (*Commission des épidémies.*)

III. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1858 dans le département de la Vendée. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur baron LARREY offre en hommage à l'Académie, pour sa bibliothèque, les *Mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse* et les *Mémoires de la Société des sciences de Lille.*

II. MM. les docteurs BECQUEREL et REVEIL informent l'Académie qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique, etc. (*Renvoi à la Commission.*)

III. M. le docteur SALES-GIRONS écrit à l'Académie une lettre de réclamation contre le texte de la présentation, qui a été faite dans la dernière séance, d'un appareil désigné sous le nom de *néphogène.* — M. MATHIEU (de la Drôme) adresse également une lettre de réclamation à l'Académie contre les prétentions de priorité relatives au même appareil néphogène présenté au nom de MM. Tirman et Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. (*Renvoi* à la commission nommée pour examiner cet appareil.)

IV. M. le docteur DUMESNIL écrit à l'Académie une nouvelle lettre au sujet du rapport de M. Bouley sur le travail lu par M. Labourdette dans la séance du 6 mai 1856. (*Renvoi* au rapporteur.)

V. Nouvelle méthode pour obtenir la quinine et la cinchonine, mémoire en espagnol par M. JOAQUIN ALDIR Y FERNANDEZ. (*Commissaires :* MM. Caventou et Bouchardat.)

VI. Exposé sommaire des principaux symptômes observés pendant l'épidémie de typhus du bagne de Toulon en 1856, par M. le docteur BARALLIER. (*Commissaires :* MM. Michel Lévy, Ferrus, Mêlier et Beau.)

VII. Mémoire sur la scillitine, par M. Mandet, pharmacien à Tarare. (*Commissaires :* MM. Chevallier et Boudet.)

VIII. M. CHARRIÈRE fils présente une sonde de femme, destinée à maintenir un écoulement constant.

IX. M. LEGRAND adresse à l'Académie la relation d'un cas d'hématurie idiopathique qu'il a combattue par les injections froides et les préparations ferrugineuses à l'intérieur.

— M. le président annonce la mort de M. BLAUD (de Beaucaire), correspondant de l'Académie.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national.

Les candidats sont présentés par la commission dans l'ordre suivant :

1° M. Léon Dufour ;
2° M. Girardin ;
3° M. Filhol.

Votants, 58 ; majorité, 30.

M. Léon Dufour obtient 45 voix.
M. Girardin 7
M. Filhol. 6

En conséquence, M. LÉON DUFOUR est élu membre associé de l'Académie.

RAPPORTS.

I. *Rapport sur l'eau ferrugineuse d'Oriol* (Isère).

M. O. HENRY, *rapporteur*.

Une dame propriétaire de la source d'Oriol, dans le département de l'Isère, a fait prier M. le ministre des travaux publics de vouloir bien faire rappeler le rapport fait sur cette eau en 1842 à l'Académie impériale de médecine, ainsi que plus tard l'analyse d'une seconde source, demandée en 1844, afin de pouvoir être autorisée à l'exploitation desdites sources comme eaux minérales.

Rien au dossier, ni dans les registres de l'Académie, n'indique qu'il ait été donné suite à cette demande, ni que les sources aient été jusqu'ici autorisées.

En conséquence, aujourd'hui M. le ministre invite l'Académie impériale de médecine, dans une lettre en date du 17 novembre dernier, à faire analyser dans son laboratoire les échantillons d'eau expédiés en bonne forme, afin d'avoir l'avis de cette Compagnie sur la question d'autorisation.

Le bourg d'Oriol est connu depuis longtemps par son eau minérale et par l'établissement thermal qui s'y trouve, où un assez bon nombre de malades se rendent chaque année. C'est une des stations thermales du département de l'Isère, et elle a son importance par la nature ferrugineuse de son eau. Ce département possède, en effet : 1° des *eaux salines sulfureuses à Uriage*; 2° des *eaux sulfureuses sulfhydriquées à Allevard*; 3° des *eaux salines chloro-bromurées à Lamothe*, et enfin, 4° des *eaux ferrugineuses à Oriol*.

L'eau des deux sources d'Oriol a été analysée en 1841 par MM. Leroy et Gueymard (voy. *Annuaire des eaux de la France*, p. 457), et ces chimistes ont constaté qu'elle varie un peu en richesse minérale pendant les différents mois de l'année; c'est dans les mois de mai, de juin et d'août où cette minéralisation est plus élevée. D'après leur analyse, l'eau d'Oriol appartient à la classe des *eaux acidules bicarbonatées, ferrugineuses et calcaires*, et le fer s'y trouve en *bicarbonate ferreux* égal à 0,095 par litre d'eau. Voici, d'ailleurs, la composition chimique qu'ils attribuent à l'eau d'Oriol, savoir :

	Source n° 1.	Source n° 2.
	lit.	lit.
Acide carbonique libre	1,002	0,920
	gr.	gr.
Bicarbonate de chaux	1,503	1,485
— de magnésie	0,162	0,162
— de soude	»	0,158
— de protoxyde de fer	0,095	0,095
Sulfate de chaux	0,094	0,095
— de magnésie	0,091	0,090
— de soude	0,009	0,010
Chlorure de sodium	0,019	0,025
Argile ferrugineuse	0,028	0,025
Matière organique	indéterminée	indéterminée
	2,003	2,145

Dans nos essais sur les échantillons d'eau d'Oriol expédiés à Paris, nous avons trouvé les mêmes principes minéralisateurs, mais dans une proportion un peu inférieure, surtout pour l'acide carbonique libre, 0lit,84, et le *bicarbonate ferreux* moitié moindre, 0gr,046 environ. Nous y avons signalé, en outre, le *manganèse* et l'*arsenic* d'une manière non équivoque.

	lit.
Acide carbonique libre	0,084
	gr.
Bicarbonate de chaux	1,150
— de magnésie	
— de soude	0,100
— de protoxyde de fer	0,046
— de manganèse	sensible
Principe arsenical	non douteux
Sulfate de soude	0,170
— de chaux	
— de magnésie	
Chlorure de sodium	0,014
— de magnésium	
Silice, alumine	0,020 (1)
Matière organique	
Total	1,500

En résumé, l'eau d'Oriol, qui est à très peu près la même dans les deux sources, présente tous les caractères des *eaux ferrugineuses*. Son emploi a été sanctionné par les analogies et par le temps, puisque l'établissement d'Oriol fait partie des stations thermales connues du département de l'Isère. Il n'y aurait donc aucun motif d'en interrompre l'exploitation. En conséquence, nous vous proposons, messieurs, de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu de régulariser la position du propriétaire des sources d'Oriol en lui accordant l'autorisation qu'il demande de la continuer.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

(1) M. Chatin a de plus reconnu dans cette eau la présence d'une quantité notable d'iode.

II. *Rapport sur l'eau minérale de deux sources découvertes à Coudes* (Puy-de-Dôme). — M. O. HENRY, *rapporteur*.

Par une lettre ministérielle en date du 25 janvier dernier, l'Académie impériale de médecine a été invitée à faire analyser dans son laboratoire l'eau minérale de deux sources *existant à Coudes*, arrondissement d'Issoire, dans le département du Puy-de-Dôme, afin de décider si la composition chimique de cette eau peut justifier les propriétés médicales qu'on lui attribue, et permettre d'apprécier alors s'il y a lieu d'en autoriser l'exploitation *au point de vue médical*.

Une caisse de ces eaux a été expédiée au laboratoire de l'Académie, et les échantillons, puisés en bonne forme, sont arrivés en parfait état de conservation, avec les certificats de puisement à l'appui, ainsi que l'avis favorable de M. le sous-préfet et du conseil d'hygiène de l'arrondissement ; enfin divers documents sur le captage et le débit des sources en question étaient joints au dossier.

L'analyse, que nous avons faite avec le plus grand soin, nous a permis de constater que les deux sources n° 1 (la *Saulcée*) et n° 2 (la *Fontaine jaillissante*) ont une grande analogie de composition chimique, et qu'elles doivent provenir d'un même foyer. Ce sont des eaux froides *acidules bicarbonatées sodique et calcaire*, très notablement *arséniatées*, comme il en existe beaucoup dans le département du Puy-de-Dôme.

D'après les résultats obtenus, nous établissons ainsi qu'il suit la composition chimique primitive des deux sources minérales de Coudes ; savoir, par litre :

	Source de la Saulcée.		*Fontaine jaillissante*	
	gram.	lit.	gram.	lit.
Acide carbonique libre	2,098	1,060 (1)	1,620	0,740
Bicarbonate de soude	0,926		0,620	
— de potasse	0,290		0,260	
— de chaux	0,732		0,513	
— de magnésie	0,280		0,190	
Arséniate de soude	indiqué très manifestement		indices *idem.*	
Sulfate de soude / — de chaux	0,140		0,100	
Chlorure de sodium	1,030		0,600	
Silice et silicates / Alumine / Phosphate terreux / Sesquioxyde de fer / Matière organique	0,075		0,080	
	5,571		3,983	

Ainsi qu'on peut le reconnaître, les deux sources ne diffèrent que par une proportion très sensiblement supérieure d'*acide carbonique libre* et de *bicarbonate de soude* dans la source n° 1. Quant à leur débit, il a été établi par l'ingénieur des mines à 31,600 litres par vingt-quatre heures pour la première, et 25,900 litres pour la seconde, quantité dont la somme égale 57,500 litres.

Les eaux de Coudes viennent prendre rang à côté de plusieurs du même genre très bien minéralisées, telles que celles de Royat, Chabetout, Saint-Marc, etc., reconnues depuis longtemps comme d'utiles agents thérapeutiques. Elles sont riches en gaz carbonique, et, par leur nature chimique, elles présentent aussi beaucoup d'analogie avec d'autres eaux autorisées. Le débit des sources peut répondre aux exigences d'un établissement thermal de quelque importance, et l'avis de M. le sous-préfet d'Issoire, ainsi que celui du conseil d'hygiène de l'arrondissement, sont d'accord pour les regarder comme

(1) En appréciant comme contre-épreuve l'acide carbonique libre de cette eau par le procédé de M. Buignet, on a été forcé de *frapper de glace* l'eau pour y retenir le gaz cherché.

utiles au pays qui les possède. Les eaux de Coudes offrent donc toutes les conditions qu'on peut désirer pour une exploitation *au point de vue médical*. En conséquence, messieurs, nous vous proposons de répondre à M. le ministre que rien ne s'oppose à ce que cette autorisation soit accordée.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

LECTURES.

De la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle ; de la thérapeutique empirique et spécifique, par M. Piorry.

Lorsque les idées organiques et physiologiques appliquées à la pathologie prirent, à la puissante voix de Broussais, un immense développement ; lorsque retentit cette grande vérité : *Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des organes malades*, vérité dont l'admission fut compromise et retardée par l'addition qu'on y avait faite d'une conception hypothétique et individualisée (1), il arriva que les partisans des vieilles doctrines se réveillèrent, et que remontant bien par delà les écrits de Pinel, ils cherchèrent à substituer les opinions humorales et empiriques aux inductions logiques que l'on avait tirées du système de l'irritation.

L'école de Paris, les journaux d'alors, devinrent de vastes arènes dans lesquelles chacun s'escrima de son mieux ; la science et malheureusement les hommes se partagèrent en deux camps, et les drapeaux opposés furent décorés du nom de Broussais, d'une part, et de celui de Pinel de l'autre ; de Pinel qui, non moins organicien que Broussais, ne pouvait être le partisan des doctrines surannées que soutenaient les réactionnaires de ce temps. C'est alors que se disputèrent dans les concours, dans les dissertations inaugurales, dans les recueils périodiques, les fauteurs et les détracteurs des dia-

(1) *L'irritation considérée comme un être, une chose qui entretiendrait l'inflammation et ses diverses formes.*

thèses, des cachexies, des génies morbides, des vices dartreux, scrofuleux, etc.; c'est alors que beaucoup de médecins, voyant qu'en définitive les sangsues, la diète et l'eau ne guérissaient pas tout, cherchèrent des médicaments nouveaux, firent de l'empirisme irréfléchi, créèrent des journaux pour l'appuyer, et se déclarèrent avec modestie, et de leur autorité privée, les thérapeutistes par excellence.

Bien que meurtris et souvent accablés dans les luttes scientifiques, les empiristes eurent l'avantage, alors qu'ils attaquèrent la doctrine du Val-de-Grâce, si faussement qualifiée de physiologique ; mais leurs arguments furent de nulle valeur alors qu'ils voulurent combattre la thérapeutique organique.

Cette thérapeutique, née des travaux de Vésale, de Bonet, de Valsalva, de Morgagni, fécondée par les recherches de Bayle, de Laënnec, et sous un autre point de vue par les études d'Avenbrugger et de ceux qui l'ont suivi, a pris de plus en plus d'extension par les découvertes physiologiques de Harvé, de Lavoisier, de Goodwin, de Bichat, etc. La médecine moderne, appelant à son aide la physique, la microscopie, la chimie et les autres sciences naturelles, s'est aussi constituée scientifiquement par d'immenses travaux qui ont élucidé l'histoire des maladies et de leur traitement.

Les progrès de la médecine organo-physiologique n'ont pas empêché les empiristes qui se disent thérapeutistes de continuer leurs attaques, non pas contre la doctrine de l'irritation, mais contre les études sévères. Le positivisme, l'exactitude de la science n'a pas été de leur goût ; ils se sont évertués à chercher des médicaments spécifiques contre des maladies spéciales ; ils ont supposé que leurs diathèses, leurs cachexies, leurs génies, leurs vices, leurs agents épidémiques, étaient des choses qui devaient être traitées par d'autres choses susceptibles de combattre les premières, ou, suivant quelques illuminés, capables d'agir utilement dans le même sens que la maladie.

Ils ont feuilleté Leeuwenhoek, imité Raspail ; ils ont vu ou plutôt supposé partout des parasites plus ou moins analo-

gues à ceux que les organiciens ont découverts dans la gale, le muguet, ou dans certaines éruptions du cuir chevelu ; ils ont gratuitement admis des ferments morbides du même genre que les ferments chimiques. Ils se sont recommandés au hasard pour la découverte ultérieure de ces agents dits spécifiques ; ils les ont recherchés dans les indigestes formules des Arabes; ils les ont demandés, comme le docteur noir, aux sauvages, aux gardes-malades, aux commérages des vieilles femmes, aux recettes des charlatans.

Plus le nom de la drogue était excentrique, plus elle venait de loin et mieux elle valait; un médicament recueilli à Madagascar avait des vertus plus puissantes que ceux qui proviennent de la côte d'Afrique; l'un et l'autre devaient céder le pas devant le spécifique admirable que le Kamchatka ou la Nouvelle-Céladonie pouvait produire! La fantaisie, le romantisme médical, ont remplacé pour les empiristes la médecine sévère; leurs cours, leurs livres, leurs journaux, dans lesquels on ne manque guère de parler *vitalisme*, tendent à propager ces déplorables idées.

Il arrive même que ces messieurs, dont la frivolité est le caractère dominant, osent traiter de gens peu sérieux des hommes de travail qu'ils ont trouvés dans les concours beaucoup plus sérieux qu'ils ne l'eussent voulu.

Il est temps de protester contre ces folies ou ces légèretés.

Des médecins, qui depuis longues années se sont dévoués à l'étude clinique et à de laborieuses investigations, sentent le besoin de s'élever contre de telles doctrines qui ne sont plus dignes de notre temps. Voulant appuyer sur des bases solides les raisonnements que je pourrai faire sur les méthodes curatives, j'exposerai sommairement de nombreux faits, dans lesquels les applications des connaissances anatomiques, physiologiques et hygiéniques sont d'une utilité de premier ordre pour pallier et même pour guérir les états morbides les plus divers. Dans l'énumération que je vais faire des états pathologiques, je suivrai l'ordre adopté dans mon *Traité de médecine pratique*.

La thérapeutique que je cherche à faire prévaloir a été le

but des travaux de ma vie scientifique; elle est fondée sur des faits positifs et absolus; presque toujours les résultats qu'elle donne sont mesurables ou calculables, et dans le plus grand nombre des cas elle est tellement rationnelle qu'on pourrait l'appeler la médecine du sens commun.

Dans la crainte que les expressions spéciales et spécifiques ne conduisent ici à de fausses interprétations, je dois dire que je me suis servi du mot spécial pour désigner ce qui se rapporte à un organe ou à une fonction déterminés, et du terme spécifique pour exprimer un caractère propre à une cause morbide ou à la curation particulière qu'elle comporte.

Lésions des organes de la circulation (angiêmies). — La digitale agit spécialement sur le cœur et ralentit ordinairement ses mouvements. Bien que M. Bouillaud ait utilement rationalisé son emploi, la plupart des praticiens y voient un médicament dangereux, infidèle, et qui ne peut être employé avec succès que dans des cas bien déterminés. Elle ne remédie en rien à la cause organique des accidents et pallie tout au plus certains symptômes. L'opium, les narcotiques de tout genre ne produisent, dans les cardiopathies, aucun effet curatif ou même palliatif. S'il est arrivé que les préparations opiacées ont soulagé certains malades, que l'on avait crus atteints d'affections cardiaques, c'est qu'il s'agissait dans ces cas de névralgies intercostales qui rendaient douloureux le choc très naturel et très régulier des ventricules sur le nerf affecté.

Le traitement des états pathologiques dont le cœur et les gros vaisseaux sont susceptibles repose entièrement sur les applications anatomiques et physiologiques.

Chercher à calmer par le repos les contractions trop énergiques des ventricules, proportionner la masse du liquide qui circule au degré de l'action du cœur et à la dimension des orifices rétrécis; se donner garde d'exténuer cet organe par l'abstinence, dans la crainte qu'il ne fonctionne que difficilement, etc., voilà quelques-unes des grandes indications que les médecins de toutes les sectes doivent suivre. Or, dans ces indications, il n'y a que de l'anatomie et de la physiologie

appliquées, et l'on n'y voit aucun rôle réservé aux médicaments spécifiques.

Les rétrécissements des orifices du cœur ne peuvent être combattus par ces mêmes médicaments. Les sténosies cardiaques sont-elles inflammatoires, il faudra les traiter par les moyens propres à remédier aux phlegmasies en général, et les spécifiques ne réussissent guère à ce point de vue; certes, ils n'auraient aucun effet utile dans les cardiosténosies congénitales. S'il y avait des rétrécissements cardiaques dus à des causes organiques de nature syphiosique, alors on concevrait que l'action des mercuriaux pourrait être avantageuse; mais depuis que Laënnec a mieux étudié ce sujet, on convient généralement que les végétations du cœur ne sont point syphilitiques. Les détails de deux observations récemment publiées dans la Clinique européenne ne prouvent en rien que le mal ait eu dans ces observations un caractère vénérien. D'ailleurs, quand bien même il en eût été ainsi, on n'aurait pas pu donner dans de tels cas des antisyphilitiques, attendu qu'il eût été impossible de reconnaître pendant la vie la nature de la lésion. Dans deux faits remarquables, j'ai réussi à calmer et, en apparence, à guérir des rétrécissements qui, très probablement, étaient produits par des concrétions (cardiolithies), et cela au moyen de la limonade chlorhydrique administrée à hautes doses; mais il ne s'agissait pas ici d'un remède spécifique, mais bien d'une médication très rationnelle, fondée sur ce que la dissolution d'acide chlorhydrique enlève aux os leur phosphate calcaire et laisse libre leur tissu organisé. En empêchant l'économie de recevoir par le tube digestif le phosphate de chaux qu'entraîne la limonade chlorhydrique, on a quelque chance pour que l'organisation reprenne ce sel où il en existe un excès, c'est-à-dire dans les artères et dans les valvules du cœur.

Un très grand nombre de médicaments spéciaux ou spécifiques ont été proposés pour remédier aux palpitations, et aucun n'a réussi. La médecine rationnelle, en recherchant la cause organique d'un tel symptôme commun à un si grand nombre d'états morbides, est plus heureuse dans ses applications : en donnant du fer et des aliments substantiels, elle

fait cesser l'hypémie et l'hydrémie, qui étaient les points de départ des troubles survenus dans l'action cardiaque; en évacuant les matières et les gaz qui, distendant le tube digestif, refoulaient le cœur par en haut, et gênaient ainsi son action, elle a ramené celle-ci à son type normal; pratiquant une saignée pour favoriser la circulation que le trop de sang rendait difficile, elle a prévenu le retour de certaines palpitations; dans un cas récemment observé, des battements du cœur très pénibles se sont subitement arrêtés alors que l'on a fait exécuter des respirations profondes et réitérées.

Il n'est pas de médicament qui diminue immédiatement le volume du cœur hypertrophié; l'iode, prôné par Magendie, est ici sans efficacité. Or l'abstinence rationnellement prescrite atrophie à coup sûr les ventricules. Les grandes évacuations produisent un effet analogue; de là vient que les tuberculeux très malades et que les gens atteints depuis longtemps de fièvres graves ont le cœur réduit à huit ou neuf centimètres, tandis qu'avant leur maladie, cet organe présentait douze centimètres et plus. La question capitale dans le traitement des hypertrophies cardiaques, est de savoir s'il convient ou non de diminuer le volume et la force du cœur, et cette question, que si souvent il faut résoudre négativement, ne peut être éclairée que par le rationalisme.

Évidemment, aucun spécifique ne pourrait dilater un cœur rétréci ou diminuer cet organe distendu. Eh bien, sous l'influence de dix à douze soupirs profonds, exécutés coup sur coup, l'oreillette droite, puis les ventricules dilatés, décroissent presque instantanément d'un, de deux, de trois et même de quatre centimètres; vient-on, pendant quelques secondes, à suspendre la respiration, ces parties se tuméfient avec une promptitude vraiment surprenante. La réitération fréquente de ces actes suffit à la longue pour extrêmement modifier en plus ou en moins le volume du cœur.

Il est à peine resté quelques-uns des innombrables médicaments prônés comme styptiques, comme antiphlogistiques, etc. Presque tous ont été abandonnés ou oubliés, parce qu'ils n'ont pas une action utile. Or, il suffit, en tenant compte de l'influence de la pesanteur sur le cours du

sang, de placer la partie malade sur un plan supérieur à celui des autres régions, ou même de comprimer légèrement, de refroidir les organes affectés pour calmer l'inflammation et quelquefois pour y remédier. Des considérations analogues sont applicables à la curation des hydropisies et même des hémorrhagies, ce qui n'empêche pas que certaines substances agissant organiquement sur le sang, peuvent contribuer à arrêter ces hémorrhagies.

N'a-t-on pas très inutilement proposé d'innombrables médicaments contre les varices, qui sont soulagées et parfois guéries alors que la médecine rationnelle découvre dans le cœur ou dans les grosses veines la cause anatomique qui gêne le retour du sang, et lorsqu'elle maintient une compression méthodique sur les veines dilatées et tenues élevées au-dessus du niveau du tronc? Les recherches d'anatomie et de physiologie pathologique sur les obstacles au cours du sang dans les veines sont plus utiles à la thérapeutique des hydropisies, des varices, des ulcères variqueux, que tous les spécifiques dirigés contre ces lésions.

Il faut être homœopathe ou quelque chose de pareil pour admettre que des médicaments puissent remédier directement et sans provoquer d'évacuations, au trop de sang en général (panhypérémie). L'azotate de potasse a été proposé comme spécifique contre la fièvre inflammatoire, est-il entré sérieusement dans la pratique? Nullement, parce que les observateurs sévères n'ont pas constaté son action. Le tartre stibié a été proclamé contre-stimulant, mais les résultats heureux que l'on obtient de son emploi dans les phlegmasies ne sont pas dus à sa spécificité, mais bien aux évacuations sérieuses qu'il provoque. La prétendue tolérance pour cet agent, admise par Rasori, Laënnec, etc., a lieu très rarement; quand, à la suite de son administration, il y a un grand effet produit, c'est qu'il y a eu des évacuations aqueuses abondantes. Parfois, il est vrai, elles ne sont pas excrétées; elles restent dans l'intestin, où les médecins qui savent se servir d'un plessimètre les retrouvent. S'il arrive un jour, comme je le crois, que l'ammoniaque ingéré ou respiré

porté dans le sang, remédie à l'hémite, ce sera en dissolvant la fibrine suspendue dans le sérum et non par une action prétendue spécifique. Jusqu'à présent, diminuer la masse du sang par le régime, l'exercice ou les saignées, est le principal moyen de remédier à la panhypérémie, et les boissons à haute dose, l'abstinence, modifications physiologiques par excellence, sont les seules médications proposables contre l'état couenneux du sang.

Pourrait-on proposer sérieusement un médicament spécifique pour rendre de l'oxygène au sang des asphyxiés? L'hypoxémie, qui entre comme élément morbide dans un si grand nombre d'affections, ne peut être combattue avec avantage que par des médications très anatomiques et très physiologiques qui remplissent la grande indication de mettre en contact le sang contenu dans les capillaires pulmonaires avec un air pur. Enlever les obstacles mécaniques qui, tels que les crachats, l'écume bronchique, les productions plastiques croupales ou pneumonitiques, s'opposent à l'abord du gaz atmosphérique; faire exécuter de profondes respirations accélérées, ou même pratiquer l'insufflation; ranimer la circulation dans le cœur par l'électricité ou par des moyens convenables dans de semblables cas, tels sont les moyens d'action que le médecin possède. Les médicaments, quels qu'ils soient, ne peuvent agir ici qu'en provoquant des phénomènes organiques propres à faire parvenir dans les vésicules pulmonaires où la circulation s'opère un air pur et renouvelé.

Toute altération du sang par un poison connu, réclame sans doute l'administration de neutralisants. Si l'on voulait considérer comme des spécifiques les médicaments dont la chimie détermine et explique l'action curative, alors on nommerait ainsi une médication anatomique, chimique, physiologique, et tout le monde serait du même avis; mais ce n'est pas de cette façon que les partisans du spécificisme entendent leur thérapeutique; celle-ci est dirigée par le hasard contre les causes inconnues de maladies épidémiques ou contagieuses, etc., causes qu'ils supposent être des ferments, des

parasites, des venins ; ils ne les ont pas vus, il ne les ont pas analysés, et contre ces poisons hypothétiques ils veulent que l'on ait recours, comme le médecin noir, à des simples, à des recettes de famille, enfin à l'empirisme le plus grossier !

Ils parlent toujours d'épidémies, confondant sans cesse les catégories d'affections que la médecine rationnelle a distinguées : en *climatériques* (causées par les vicissitudes de température) ; en *endémiques* (en rapport avec des circonstances de localité), et en *toxiques* ou *iosiques* (produites par des poisons ou des virus) ; ils ont la plus grande tendance à comprendre dans cette dernière division toutes les épidémies possibles. Eh bien, quel parti ont-ils tiré de ces idées ? N'est-il pas vrai qu'ils n'ont trouvé de spécifiques contre aucune d'entre elles ? La peste, la fièvre jaune, la suette, le choléra, le typhus, la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., ont-ils été utilement combattus par de semblables médicaments ? A-t-on découvert un remède spécifique contre les épidémies de pneumonite, de pleurite, de dysentérie, qui reparaissent à telle ou telle époque de l'année ? Non certes, et Sydenham lui-même avouait que c'était seulement à la fin d'une épidémie qu'il commençait à savoir la traiter !

La quinine soluble et les substances qui en contiennent préviennent souvent, dira-t-on, le retour des fièvres intermittentes considérées comme endémiques ou épidémiques ; mais l'anatomisme et le physiologisme ont tout à fait rationalisé ce spécifique-là. Ils ont prouvé que la rate, devenue malade à la suite de l'action du miasme paludéen contenu dans le sang, est le point de départ des accès ; dès lors, l'expérimentation positive, l'exactitude du calcul ont donné et fixé des indications absolues qui forment une des parties les plus belles de la thérapeutique.

Que reste-t-il de sérieux dans l'histoire des épidémies et de leur traitement ? Ne pouvant atteindre leur cause primitive, cachée, parasitique si l'on veut, ferment si cela convient, mystique ou fantaisiste si cela plait, on ne sait de positif que l'application des grands principes que voici : reconnaître et traiter les états organopathiques observés ; aérer convena-

blement l'atmosphère que les fébricitants respirent; suivre les préceptes de la plus grande propreté; combattre les symptômes dangereux par des moyens appropriés; surveiller et traiter avec soin les états pathologiques qui peuvent survenir; ne pas exténuer les malades par un régime trop sévère, et enfin donner en général des boissons abondantes pour étendre et éliminer les poisons inconnus qui, dans les toxémies, viennent à causer le mal; or, ces principes ne sont autre chose que les applications les plus absolues de la médecine anatomique et physiologique admises par le rationalisme.

Il résulte de ce qui précède que ces épidémies dont on ne cesse de parler, qui, en somme, ne sont qu'une faible partie du cadre nosologique; que ces épidémies, qui font le sujet de tant de discours inutiles et de répétitions fastidieuses; que ces épidémies, continuellement invoquées à l'appui des élucubrations fantaisistes, ne sont mieux connues, mieux étudiées, mieux traitées que depuis qu'on a élucidé leur histoire par les recherches de la médecine rationnelle.

Les spécificistes veulent-ils bien nous dire s'ils connaissent contre la pyémie, la phymémie, la carcinémie, la septicémie, d'autres moyens que les indications anatomiques suivantes, vider les foyers des liquides altérés qui s'y résorbent; enlever les productions anormales qui peuvent infecter l'économie; empêcher la formation ultérieure de nouvelles matières délétères, provoquer leur excrétion alors qu'elles ont pénétré dans le sang, etc.? S'ils sont parvenus à faire de telles découvertes, qu'ils nous en fassent part! S'ils ont reconnu quelques spécifiques qui détruisent les propriétés des matières délétères résorbées, qu'ils nous en donnent avis! Applaudissant alors à leurs précieuses trouvailles, nous soumettrons tout d'abord au diagnostic anatomique et physiologique rigoureux, à l'expérimentation exacte, au calcul, s'il est possible de le faire, leurs merveilleux résultats! Deux ou trois mille ans n'ont rien fait connaître de semblable, espérons que nos fantaisistes modernes seront plus heureux!

Lésions des organes de la respiration (angiairies). — On ne songe guère à employer des spécifiques contre les affections

aiguës des poumons ou des plèvres; mais presque tous les praticiens conviennent que les saignées, les boissons abondantes, une position convenable du corps; que le repos, un air chaud, humide et pur, et dans d'autres cas (hydropleurie) que l'abstinence des boissons, les purgatifs hydrorrhéiques, les vésicatoires volants, etc., sont les modificateurs auxquels il faut avoir recours, alors qu'il s'agit de pneumopathies aiguës.

Mais c'est surtout contre la phthisie que l'on a proposé une multitude de remèdes empiriques ou spécifiques, parmi lesquels figurent l'air des étables, le soufre des eaux minérales, les bourgeons de sapin, les vapeurs de goudron, le tartre stibié, etc. Qu'est-il noté de tout cela? Rien que des tentatives sans fin et un découragement tel que la plupart des médecins d'hôpital passent inactifs devant le lit des pneumophymiques ou leur donnent seulement des paroles de consolation, ou encore leur prescrivent, pour faire quelque chose, la tisane pectorale, l'invariable looch blanc ou l'huile de foie de morue, dont personne ne parlera quand la mode de l'administrer én sera passée!

Eh bien, la médecine de l'observation appliquant aux affections des voies de l'air les découvertes de la chirurgie, appréciant, grâce au diagnostic anatomique, l'étendue exacte des parties de poumon malade, a démontré les faits suivants : les respirations profondes et réitérées ont l'influence la plus rapide et la plus heureuse sur la pneumonêmie et sur la pneumonite; elles rendent à une circulation ralentie et à un abord de l'air devenu difficile l'activité indispensable à la fonction pulmonaire; elles produisent en quelques moments dans les indurations périphymiques des poumons une sorte de résolution remarquable.

L'anatomie pathologique, le pléasimétrisme, étant parvenus à faire limiter d'une manière exacte les espaces occupés par les indurations tuberculeuses, ont fait constater que l'action de la plupart des agents réputés spécifiques contre la phthisie est complétement nulle, tandis qu'elle a fait voir que les inspirations (et non pas l'introduction dans le nez) des

vapeurs d'iode dans les phymo-sclérosies et des vapeurs de teinture d'iode dans les cavernes pulmonaires ont une incontestable utilité. Bien plus, tirant un grand parti de la compression employée si utilement en chirurgie, tenant compte des dépressions qu'à la longue elle détermine dans les os, déterminant le siége exact des cavités tuberculeuses des poumons, la thérapeutique rationnelle a obtenu dans de tels cas des demi-succès qui font espérer de l'avenir et qui conduiront peut-être à opérer directement sur ces cavités tuberculeuses, ainsi que l'a déjà fait notre honorable collègue et ami M. le docteur Bricheteau.

Est-il un praticien instruit et consciencieux qui ait recours, comme spécifique, à la pâte de Regnault, aux sirops, aux pâtes spéciales dites pectorales, et à tous les remèdes dont les noms inscrits en lettres d'or décorent les vitrages d'un grand nombre d'officines? Que sont devenues les espérances de Laënnec sur l'efficacité du polygala? Quels sont les résultats curatifs de l'emploi des prétendus béchiques ou des opiacés contre les rhumes? L'ipécacuanha, plus utile, est souvent sans action. L'émétique, qu'il ne faut donner qu'avec prudence, est devenu un médicament rationnel dont l'indication ressort de l'anatomisme et du physiologisme; encore est-il que ces deux derniers médicaments provoquent moins facilement et moins sûrement l'expectoration qu'une simple inspiration profonde et lente suivie d'un effort d'expiration brusque et dirigé de façon à expulser les matières contenues dans les conduits de l'air. L'oxyde blanc d'antimoine, prôné pendant six mois comme un remède héroïque, est dépourvu de toute efficacité réelle. N'est-il pas arrivé plusieurs fois qu'en faisant placer la tête et le larynx au-dessous du plan où se trouvent les parties profondes du conduit de l'air (angiaire), et en faisant en même temps exécuter une forte toux expulsive, on a fait rendre des crachats dont la présence allait occasionner l'anoxémie et la mort?

Qu'est-ce que la médication spécifique a fait contre la coqueluche? Rien, absolument rien. Tout au contraire, le sulfate de quinine, administré à de hautes doses contre la pério-

dicité des quintes de toux par des praticiens rationalistes, a calmé et éloigné les accès de cette toux névropathique.

N'a-t-on pas vu récemment des partisans déclarés des spécifiques, qui d'ailleurs ont rendu de véritables services alors qu'ils ont vulgarisé un moyen très organique (la trachéotomie dans les cas de croup), ne les a-t-on pas vus, dis-je, déclarer que le traitement médical de l'angine diphtéritique était de toute inutilité? Ils n'ont pu parler ainsi que parce qu'ils ont vu échouer leurs prétendus spécifiques. S'ils eussent tenu rationnellement compte de l'efficacité incontestée du tartrate antimonié de potasse dans les cas de bronchemphraxie, de l'utilité des insufflations dans l'hypoxémie, de l'influence heureuse de la déclivité du larynx sur l'évacuation des mucosités bronchiques, de l'action des sternutatoires actifs sur les voies de l'air, peut-être n'eussent-ils pas avancé d'une manière si légère une aussi étrange proposition!

Les médecins fantaisistes qui ressassent l'histoire de la rougeole et de la scarlatine, désespérés sans doute de leurs insuccès dans la curation de l'hydropleurie, ont renoncé en grande partie dans cette affection à la médecine proprement dite pour se faire chirurgiens et pour pratiquer sur une large échelle la thoracentèse, ou mieux la thoracotomie. Les anatomo-pathologistes, réservant ce moyen extrême pour la pyopleurie ou pour les épanchements pleurétiques excessifs, n'éprouvent presque jamais le besoin d'y avoir recours. L'abstinence des boissons, les épispastiques hydrorrhéiques (vésicatoires volants), parviennent presque constamment, entre leurs mains, à guérir les collections séreuses des plèvres.

On ne conçoit pas qu'en 1859 il y ait des hommes instruits qui défendent encore l'existence de l'asthme dit essentiel ou sans lésion, et qui cherchent sérieusement un spécifique pour le guérir. On a déjà presque oublié les cigarettes de datura, de jusquiame, de belladone, etc., et tous les remèdes de cette force. La collection de symptômes que les auteurs nomment ainsi peut être produite par des cardiopathies, par des aortolithies, par le refoulement des viscères (dû lui-même aux circonstances organiques les plus variées), par des névralgies

intercostales ou par des névropathies de la huitième paire, dont le point de départ est ou non dans les ovaires; par une lésion myélique, etc. C'est à reconnaître de telles causes organiques au moyen d'un diagnostic exact, c'est à y remédier par des médications le plus souvent rationnelles qu'il faut songer dans de tels cas, et des médecins instruits ne pourront jamais se résoudre à rechercher une drogue spécifique pour combattre l'asthme essentiel ou nerveux considéré d'une manière générale et comme unité morbide.

Lésions de l'appareil digestif (angibrôme). — On a supposé que les aphthes sont en général liés à une cause interne, et, en conséquence, on a eu recours contre eux à des remèdes spécifiques, et cela, bien entendu, sans succès aucun. En étudiant bien ces aphthes de la bouche, on voit qu'ils ne sont le plus souvent autre chose que de petites morsures ou que des déchirures produites par les saillies dentaires qui blessent la membrane orale. En faisant limer ces aspérités ou en arrachant des dents mal placées, on empêche des aphthes nouveaux de se former. En touchant légèrement avec l'azotate d'argent la surface très douloureuse de ces petites ulcérations, on y forme une membrane adhérente d'albumine coagulée. Cette pellicule agissant ici comme le taffetas icthiocollé sur la peau, constitue une sorte d'épiderme, protége le tissu sensible contre le contact des parties voisines, et fait presque subitement cesser les douleurs.

Les dentistes vendent d'innombrables spécifiques d'une parfaite inutilité contre le déchaussement des dents, contre les abcès autour de la racine de celles-ci, contre la tuméfaction des gencives saignantes, douloureuses, enflammées. Or, le plus souvent il suffit d'enlever chaque matin avec soin les sialithes (concrétions salivaires) qui se forment entre le rebord gengival et le collet des dents pour faire dissiper ces accidents et pour en prévenir le retour.

L'empirisme, des observations mal faites, avaient fait admettre que certains enduits de la langue étaient liés à des états bilieux, muqueux de l'estomac, et l'on donnait, lorsqu'ils existaient, des émétiques, des antibilieux, des anti-

glaireux; quand ces enduits, par suite de leur contact avec l'air à la température de la bouche (36 ou 38 + 0), avaient contracté une odeur infecte, on avait recours à des antiseptiques; tout cela était fait inutilement et souvent dangereusement. Tout aussitôt que l'on eut rationnellement constaté que ces enduits, aussi bien que le tartre dentaire, n'étaient autre chose que de la salive desséchée (*Procédé opératoire*, n° 730), on les a enlevés avec de la crème de tartre et du suc de citron, on a fait cesser les accidents que ces concrétions causaient, et l'on n'a plus pensé aux médicaments antibilieux, antiglaireux, et alors encore on a recherché les causes anatomiques et physiologiques de la formation des sialithes, de leur altération, de leur desséchement, et l'on est parvenu à prévenir leur formation ultérieure.

Contre les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage que n'a-t-on pas essayé? Presque toujours avant de les traiter on avait oublié une seule chose : c'était de bien s'assurer s'il n'existait pas dans ce conduit une lésion organique. Tel fut le cas du lord comte de Devon chez lequel on avait très inutilement employé pendant plusieurs années des médicaments antispasmodiques de toutes sortes, et administrés contre une difficulté d'avaler extrême. Je reconnus ici un rétrécissement carcinique qui, à la suite du cathétérisme œsophagien pratiqué par M. Roux, se termina par une hémorrhagie subitement mortelle; celle-ci avait été causée par une déchirure de l'artère coronaire stomachique. Il est à remarquer que l'un des plus ardents promoteurs du spécificisme a fait un mémoire sur les moyens physiques et rationnels de remédier aux rétrécissements organiques de l'œsophage. Or, il y a tout lieu de croire que si, dans des cas pareils, il avait mieux réussi auparavant avec des médicaments spécifiques, il n'aurait pas préconisé avec autant d'assurance dans les sténosies œsophagiennes l'emploi des moyens chirurgicaux!

N'est-il pas vrai que dans la curation des gastropathies un régime convenable réussit mieux que la plupart des remèdes réputés spécifiques? Le bicarbonate de soude, la magnésie décarbonatée, ne sont-ils pas des agents chimiques très ration-

nels, calculables comme indications, comme doses et comme résultats? Tel admet une névrogastralgie qui est due à de l'air avalé et qui tout à coup se dissipe lorsque l'on parvient à faire évacuer les gaz contenus dans l'estomac! Ne voit-on pas à la suite de l'abord de quelques aliments dans ce viscère se dissiper instantanément des douleurs causées par la contraction des fibres musculaires gastriques, etc.?

Est-ce par des spécifiques que l'on guérit les toxigastries? N'est-ce pas par des évacuants, des dissolvants, des neutralisants, qu'on les combat avec succès?

Depuis tant d'années que l'on recherche des médicaments empiriques contre la maladie des plaques de Peyer (iléo-épilosie), en a-t-on trouvé un seul qui ait sur la marche de cette lésion une influence heureuse? Est-ce qu'il y a ici un autre traitement possible que celui qui convient, d'une part contre les ulcères extérieurs (propreté, lavage, repos, etc.), et de l'autre contre les états pathologiques nombreux qui surviennent pendant la durée de cette affection?

Des innombrables médicaments spécifiques administrés pour remédier à la diarrhée ou entérorrhée, combien en reste-t-il sur lesquels on puisse compter? Bien peu sans doute; la thériaque, le diascordium sont, il est vrai, quelquefois dans ce cas, mais l'ipécacuanha et quelques substances qui portent des noms étrangers ont été prônés comme antidysentériques spécifiques, tandis qu'ils agissent comme purgatifs et rentrent dans la médication anatomo-physiologique et rationnelle, laquelle conduit, lorsqu'il s'agit d'évacuations alvines abondantes, à établir le traitement sur les indications suivantes : 1° tenir les surfaces enflammées ou ulcérées dans un état de propreté convenable au moyen de purgatifs, de boissons et d'injections aqueuses; 2° évacuer les matières altérées et délétères que contiennent les intestins; 3° et surtout chercher à reconnaître et à détruire les causes organiques qui entretiennent le mal.

Comparez les déplorables résultats du traitement spécifique de la colique de plomb par les frères *Charitons*, traitemen où la mortalité était si grande avec la méthode rationnelle, qui à la fois simple, d'une efficacité rapide et constante, con-

siste dans l'administration de quelques lavements purgatifs et de la limonade azotique donnée dans l'intention de diluer et d'évacuer le poison, et vous verrez si vous devez ici donner la préférence à la médication spécifique.

Une multitude de moyens dits spécifiques ont été employés sans utilité aucune contre la gastralgie, la dyspepsie, etc. Symptômes de lésions variées, ces affections réclament l'emploi des moyens les plus divers. Les médications empiriques employées contre le pyrosis n'ont pas réussi, tout au contraire, le bicarbonate de soude et la magnésie, agents chimiques donnés rationnellement depuis Darcet pour neutraliser les acides qui causent le mal, ont une efficacité absolue et instantanée.

Les remèdes spécifiques n'ont même pas été proposés contre le ramollissement de l'estomac, qui, dans le principe, guérit si bien sous l'influence des aliments, des alcalins et d'une position telle que les liquides gastriques ne séjournent pas toujours sur les points où le mal a son siége.

Certains aliments légèrement purgatifs, et l'habitude des évacuations à des heures fixes, régularisent fréquemment les selles, l'abstinence des boissons calme souvent la diarrhée, les injections anales très abondantes nettoient utilement les gros intestins, l'albumine, substance alimentaire, rend plus solides les matières stercorales. Les applications de corps gras, demi-solides, faites dans l'anus, soit dans l'intention de favoriser le glissement des fèces, soit pour protéger contre les inégalités qu'ils présentent la membrane muqueuse malade, soit enfin pour remédier aux fissures, aux hémorrhoïdes, sont des médications d'une extrême utilité, tandis que dans la plupart des cas où ces moyens hygiéniques réussissent, les spécifiques ne produisent aucun résultat avantageux.

Il faut donc convenir que dans les maladies du tube digestif, ce n'est pas en général aux médicaments spécifiques, mais bien aux moyens rationnels qu'il faut s'en rapporter!

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Recherches sur les causes de la Colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales et sur les moyens d'en prévenir le développement, par M. le docteur A. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine à Brest. Paris, 1859, un volume in-8.

Anthropologie, ou Étude des organes, fonctions, maladies de l'homme et de la femme. 5e édition, par M. le docteur Antonin Bossu. 2 volumes avec un atlas.

Des principales eaux minérales de l'Europe, par M. le docteur Armand Rotureau. Tome II.

De la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale, par M. le docteur Collongues.

Mémoire sur la désarticulation totale de la mâchoire inférieure, par M. le docteur Maisonneuve.

The Dublin Quarterly Journal. Mai.

Journal des vétérinaires du Midi. Avril.

L'Abeille médicale d'Athènes.

Archives générales de médecine. Février à mai.

Recueil de médecine vétérinaire. Mai.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques. Mai.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 10.

Le Progrès, n. 19.

La Clinique européenne, n. 20.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 19.

L'Abeille médicale, n. 20.

Gazette médicale de Paris, n. 20.

La France médicale, n. 20.

L'Union médicale, n. 56 à 58.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 56 à 58.

Gazette des hôpitaux, n. 56 à 58.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année 1859, n. 55 à 90.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 19.

SÉANCE DU 24 MAI 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur BAILLY, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bains (Vosges), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1856 et 1857. — Un mémoire de M. le docteur CAILLAT, intitulé : « De l'emploi » des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault dans les » hémiplégies par hémorrhagie cérébrale. » (*Commission des eaux minérales.*)

II. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Lot et du Pas-de-Calais pendant l'année 1858. — Un rapport de M. le docteur DANSOU, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans l'arrondissement de Béthune en 1858. — Un second rapport de M. le docteur CAUSARD, sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine en 1858 et 1859. (*Commission des épidémies.*)

III. La recette et l'échantillon d'un médicament auquel on attribue la propriété de guérir les maux d'yeux. — Des échantillons et les recettes de composition de plusieurs médicaments préconisés par l'inventeur comme pouvant guérir un grand nombre de maladies. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1858 dans

les départements de la Charente-Inférieure, de l'Orne et du Var. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Léon Dufour, nouvellement promu associé national, adresse ses remercîments à l'Académie pour sa nomination.

II. MM. A. Becquerel, Deville et Reveil adressent à la Compagnie chacun l'exposé de leurs titres à la place vacante dans la section d'hygiène publique, etc. (*Renvoi à la commission.*)

III. MM. les membres du bureau de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine prient l'Académie de vouloir bien préciser les proportions de codéine qui doivent entrer dans la préparation du sirop de ce nom. (Renvoi à la *Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. M. le docteur Putégnat (de Lunéville) prie l'Académie de vouloir bien lui donner son avis sur la question suivante : « Un praticien a-t-il le droit, malgré l'article 378 du Code » pénal, de faire connaître une forme non encore décrite, » d'une maladie, et une cause non encore connue d'une autre » affection, qu'il a consciencieusement étudiées, dans cer- » tains ateliers d'une manufacture? » (*Renvoi à l'examen de* M. Devergie.)

V. M. le docteur Jacquot adresse à la Compagnie une note intitulée : « Péritonite très grave, prompte guérison sous » l'influence de cataplasmes d'amidon appliqués chauds sur » tout le ventre. » (*Renvoi à* M. Depaul.)

VI. M. le docteur Gaudriot prie l'Académie de vouloir bien accepter un pli cacheté dans ses archives. (*Accepté.*)

VII. M. le docteur E. Fournier soumet une note à l'Académie sur un moyen, qu'il considère comme nouveau, de traiter certains rétrécissements de l'urèthre. (*Renvoi à* M. Laugier.)

VIII. M. Charrière met sous les yeux de l'Académie un appareil qu'il désigne sous le nom de *fluiduc*, et qu'il a construit dès l'année 1834, pour faire des injections d'air et d'eau tout à la fois dans les organes. (*Commissaires :* MM. Patissier, Poiseuille, Henry et Gavarret.)

IX. M. Delfraysse adresse à l'Académie une note sur les bons effets qu'il dit avoir obtenus par l'administration du sulfate de quinine par la bouche et par l'anus en même temps, dans le traitement des fièvres intermittentes.

—

LECTURES.

M. le docteur Marc d'Espine (de Genève) donne lecture à l'Académie d'une « Note sur l'épidémie de variole qui a régné » à Genève depuis le mois de mars 1858. » (*Commission de vaccine.*)

M. Marc d'Espine dépose en même temps le programme d'un prix proposé par la Société médicale de Genève, sur des questions relatives à la variole, à la varioloïde, à la varicelle, etc.

—

RAPPORTS.

I. *Rapport officiel en réponse à une lettre ministérielle* sur la question *de la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, au nom d'une Commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Devergie, Depaul, et Gibert, *rapporteur* (1).

Par une lettre en date du 25 octobre 1858, M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics consultait l'Académie pour obtenir la solution des deux questions suivantes, *dans l'intérêt de la pratique médicale et de la médecine légale :*

(1) L'un des commissaires, M. Ricord, a déclaré faire ses réserves, se proposant de discuter le rapport au point de vue de l'interprétation légitime des faits.

1° Les accidents syphilitiques constitutionnels sont-ils contagieux ?

2° Au point de vue de la contagion, le produit de ces accidents a-t-il chez les enfants à la mamelle des propriétés différentes que chez l'adulte ?

Dans la lettre de M. le docteur Auzias-Turenne, qui avait été l'occasion de la missive ministérielle, et qui y était jointe, on lit cette phrase plus explicite :

« Il s'agit de la contagion possible des *accidents secondaires* (autrement dits constitutionnels) de la syphilis. »

Ces questions, depuis longtemps résolues pour le praticien dans le sens de l'affirmative, avaient été obscurcies par les expériences et les dénégations de *Hunter*, dans le siècle dernier, et plus encore à notre époque, par un système expérimental nouveau qui tendait à réformer les doctrines généralement reçues sur la syphilis, d'après les résultats obtenus de l'*inoculation artificielle*.

La contagion des accidents secondaires avait fini par être révoquée en doute ou même complétement niée par plusieurs médecins de cette nouvelle école, bien que les partisans des anciennes doctrines, s'appuyant, à la vérité, presque exclusivement sur l'observation clinique, continuassent de chercher à faire prévaloir l'autorité des faits cliniques sur les lois posées par la doctrine nouvelle.

Moi-même, dans mon *Manuel des maladies vénériennes* (publié en 1838), j'avais réuni un certain nombre d'observations prouvant la transmissibilité des accidents *consécutifs* de la syphilis, d'un sujet infecté à un sujet sain, de l'enfant à la nourrice, et réciproquement.

Depuis cette époque, de nouveaux faits se sont produits dans la science et sont venus surabondamment démontrer que non-seulement les accidents secondaires ou *consécutifs* de la syphilis sont contagieux (du moins dans certaines conditions), mais encore, contrairement à une des lois nouvellement établies, que l'inoculation artificielle (soit par la lancette, soit au moyen du vésicatoire, soit par d'autres procédés encore) peut reproduire ces accidents, non-seulement

sur une région saine du sujet déjà infecté, mais encore sur un sujet tout à fait sain. Ainsi, les *papules muqueuses* ou tubercules plats, l'*ecthyma* syphilitique, l'*ulcère du gosier*, lui-même, ont pu être inoculés par des expérimentateurs dont il n'est possible de contester ni les lumières ni la bonne foi, et dans des circonstances qui ne pouvaient laisser matière à aucun doute.

Le détail de ces nouvelles expériences nous entraînerait trop loin, on en trouvera d'ailleurs le résumé dans les lettres publiées par M. le docteur Auzias-Turenne dans les numéros du 16 décembre 1858 et du 1er janvier 1859 de la *Revue médico-chirurgicale étrangère* (1).

Ces expériences, dues à des médecins français et étrangers, parmi lesquels il me suffira de citer les noms bien connus de Wallace, Waller, Rinecker, Velpeau, Vidal (de Cassis), Bouley, etc., devaient-elles être répétées par nous, ou bien devions-nous nous contenter de relater les faits déjà acquis à la science ?

Quelle que fût notre répugnance profonde pour toute tentative d'inoculation (répugnance tellement accrue par le succès de plusieurs de nos expériences, que nous nous refuserions aujourd'hui formellement à toute nouvelle tentative de ce genre); quelque confusion qu'ait apportée, à notre sens et à celui de bien d'autres, dans les faits et dans leur légitime interprétation, cette prétendue base donnée comme fondement nouveau et nécessaire à la doctrine de la syphilis (2)

. . . . . .

nous avons cru, en présence des dénégations obstinées

(1) Voir aussi le *Traité des maladies vénériennes* de M. Vidal (de Cassis), 2e édit. Paris, 1855, p. 386 et suiv.

(2) Citons ici les paroles d'un partisan sincère et éclairé du fondateur de la nouvelle école :

« Au point où nous en sommes arrivés, si l'on veut juger la question » expérimentalement, il faut, *de toute nécessité*, inoculer par la méthode » nouvelle (c'est-à-dire du sujet infecté au sujet sain)... Mais à quoi bon » expérimenter ? L'observation clinique ne suffit-elle pas ?... Après avoir » vu l'inoculation impuissante à discerner la blennorrhagie de la syphilis,

que l'on opposait aux observations cliniques les plus probantes, devoir constater par l'inoculation opérée sous nos yeux la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Disons tout d'abord que nous sommes arrivés, comme il était facile de le prévoir, à des résultats absolument identiques à ceux obtenus par les autres expérimentateurs, partisans comme nous de la contagion, et que nous avons constaté *de visu* la certitude des conclusions que le docteur Rinecker tirait, en 1852, de ses expériences : nous les empruntons au mémoire récemment publié par M. Rollet dans les *Archives générales de médecine* (numéros de février, mars et avril 1859).

« 1° Les lésions locales consécutives à l'inoculation des accidents secondaires n'apparaissent jamais avant la fin de la deuxième semaine, et, en général, elles n'ont lieu qu'après la quatrième semaine ; *la longueur de l'incubation est un fait caractéristique.*

» 2° La première altération consécutive à l'inoculation se fait toujours au point où l'inoculation a eu lieu ; elle reste pendant longtemps limitée dans le même siége ; elle a une marche essentiellement chronique, à ce point que, lorsqu'il n'y a point eu de traitement, l'accident local persiste encore à l'époque où surviennent les symptômes généraux.

» 3° L'affection locale se produit *sous forme de tubercules* qui s'ulcèrent au bout de quelque temps, peuvent devenir fongueux, et entraînent le plus souvent le gonflement des ganglions lymphatiques.

» 4° Les symptômes généraux ne débutent guère qu'au bout d'un mois, et souvent beaucoup plus tard, après les premières manifestations locales. »

» nous l'avons montrée établissant entre l'ulcère syphilitique primitif et les » accidents secondaires des distinctions erronées, *dangereuses même*, etc. » (GAZETTE MÉDICALE DE LYON du 16 janvier 1859, article de M. le docteur Rollet, portant pour titre : *Inoculation, contagion et confusion*, etc.) — Ajoutons qu'aujourd'hui, même dans le système opposé au nôtre, on ne reconnaît plus l'*inoculation* comme le seul moyen certain d'arriver au diagnostic du chancre vénérien.

Or, tous ces caractères, qui appartiennent à la syphilis *consécutive* ou secondaire, diffèrent essentiellement de ceux qui ont été assignés à la syphilis *primitive*, soit spontanée, soit inoculée, et suffiraient seuls à prouver le caractère contagieux des accidents *consécutifs* auxquels on avait formellement refusé ce caractère.

En effet, dans la doctrine des anticontagionistes, on admet que *le chancre* est toujours le seul symptôme caractéristique de la syphilis à son début ; que le chancre vénérien type, le *chancre induré*, le chancre *infectant*, comme on dit aujourd'hui, est un ulcère ordinairement précédé d'*une pustule* (qui débute *sans période d'incubation*); ulcère qui s'indure plus ou moins rapidement, mais toujours dans *le premier septénaire* qui suit le coït infectant ; en sorte que : défaut d'incubation, forme élémentaire *pustuleuse*, ulcération, induration *toujours consécutive à l'ulcération*, tels sont les caractères imposés au *chancre primitif* (1).

Tandis que : *période d'incubation* de 18 à 20 jours et plus, forme *papuleuse* primitive, puis *tuberculeuse*, enfin ulcéro-croûteuse... tels sont les caractères du phénomène *consécutif* ou *secondaire;* il est vrai que le chirurgien distingué que nous avons cité plus haut (M. Rollet, de Lyon), s'éloignant complétement de l'opinion de M. Ricord sur ce point, veut que l'accident *secondaire* soit regardé, de même que le *primitif*, comme un *chancre induré*... Mais notre opinion, conforme à celle de M. le docteur Auzias-Turenne, est que, dans tous les cas où l'on a cru trouver dans la marche et les phénomènes de l'accident local une complète analogie entre le chancre induré *primitif* et l'ulcère *secondaire*, on s'en est laissé imposer par des idées préconçues, et que l'on a pris pour des accidents *primitifs* des lésions locales dues à une véritable communication d'accidents secondaires ou *consécutifs*, accidents dont l'expérimentation directe a démontré le caractère contagieux.

(1) Voir les *Leçons sur le chancre*, professées par M. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, et publiées par Alfred Fournier, interne du même hôpital, 1 vol. in-8. Paris, 1858 (notamment aux pages 15, 16 et 81)

Voici, en peu de mots, les nouveaux faits que nous pouvons citer à l'appui de cette doctrine :

1° N° 1. Saint-Charles : Adulte affecté d'un *lupus* ou dartre rongeante de la face (dont le début date de l'enfance). Inoculation au bras gauche sur une surface excoriée par un vésicatoire à l'ammoniaque, à l'aide d'une application de charpie imbibée de matière purulente recueillie sur des papules muqueuses secondaires de l'anus.

Ce dernier sujet, couché dans le service de M. Bazin (pavillon Saint-Mathieu), présentait autour de l'anus une couronne de pustules plates datant d'une quinzaine de jours, *consécutives* à un chancre du prépuce contracté quinze mois auparavant, chancre dont la cicatrice est restée apparente.

Le 30 janvier 1859, cinq jours écoulés depuis l'inoculation, celle-ci n'avait laissé d'autre trace que la maculature du vésicatoire (de la largeur environ d'une pièce de 50 centimes). Neuf jours plus tard, la maculature effacée, un peu de rougeur apparaît au même lieu. Le 12 février, *dix-huitième jour* de l'inoculation, apparition d'une *papule* cuivrée, saillante. Le 16, vingt-deuxième jour, un peu de suintement s'opère à la surface de cette papule, qui a grossi et s'est étalée. Ce suintement devient purulent et se concrète en croûte légère. Le 23, vingt-neuvième jour, un ganglion existe dans l'aisselle correspondante. Le 26, trente-deuxième jour, la croûte, détachée par un bain de vapeur, laisse voir une excoriation encore très superficielle. Le 21 mars, cinquante-cinquième jour, une ulcération, toujours superficielle, s'est un peu creusée dans le centre de la papule, devenue de plus en plus saillante, indurée, et constituant un véritable *tubercule;* de plus, quelques taches et quelques papules rougeâtres se sont montrées sur le tronc; plus tard, elles se sont changées en pustules acnéiques qui se sont généralisées sur la face palmaire des membres supérieurs, sur le ventre, sur la face interne des cuisses et sur les régions inguinales, etc. Le 31 mars on met le malade à l'usage du sirop de deuto-iodure ioduré et des bains de sublimé. Aujourd'hui, 16 mai, après six semaines de traitement, le tubercule ulcéré du bras est résolu,

offrant à son centre une cicatrice blanche, superficielle, un peu déprimée. Les ganglions axillaires persistent : la syphilide générale commence à entrer en résolution.

2° N° 47. Saint-Charles. — Adulte vigoureux, affecté d'un lupus papulo-tuberculeux invétéré qui couvre toute la face et s'accompagne d'hypertrophie. Plusieurs inoculations successives par le même procédé et avec la même matière que le précédent. Deux de ces inoculations ont réussi, donnant lieu aux mêmes phénomènes locaux, mais précédés d'une période d'incubation encore plus longue et qui n'a guère été moindre de vingt-cinq jours de silence, après lesquels un peu de rougeur a commencé à se montrer, ultérieurement suivie du développement d'une *papule* sèche d'abord, puis humide, excoriée, croûteuse et indurée, constituant, en un mot, un véritable *tubercule plat*. Un ganglion du volume d'une noisette s'est développé concurremment dans la région axillaire. Une roséole a commencé à se montrer sur le tronc le 5 mars, c'est-à-dire le trente-septième jour qui a suivi l'inoculation. Peu après, un traitement spécifique a été commencé : la guérison paraissait entière le 17 mai suivant.

Les sujets de ces deux expériences ont été inoculés sous mes yeux par M. le docteur Auzias-Turenne, dont je ne saurais trop louer le zèle et l'assiduité. Les deux suivants ont été inoculés par moi-même et par le procédé vulgaire, c'est-à-dire au moyen de la lancette.

3° Le premier de ces deux cas offre une grande analogie avec les précédents; seulement, la *papule* a été beaucoup moins volumineuse, l'induration tuberculeuse moins prononcée, moins étendue, et s'est résolue plus rapidement, laissant une ulcération arrondie, superficielle, un peu fongueuse. Le traitement spécifique a été institué avant l'apparition de la roséole. Aujourd'hui, 17 mai, ce sujet est en voie de guérison. On s'est servi pour l'inoculation de l'espèce de lymphe sécrétée par la surface papuleuse du n° 1, cité en premier lieu. Cette inoculation a été pratiquée le 28 février 1859, le phénomène local ayant alors seize à dix-sept jours de date.

4° La seconde observation est beaucoup plus curieuse, à

cause du siége où a été puisé le virus (papule squameuse du *front*), des apparences de celui-ci (la lancette n'était chargée que de sérosité sanglante), de la longue durée de l'incubation (trente-cinq jours environ), enfin de la forme du phénomène initial, qui n'a, pendant toute sa durée, offert d'autre lésion apparente qu'une *papule* étalée en plaque squameuse sans aucune exhalation ni excoriation : il n'y a pas moyen, par conséquent, d'admettre ici le sentiment de M. Rollet et de confondre une pareille lésion avec le *chancre induré*.

Voici les détails de cette intéressante observation :

5° Le malade qui a fourni la matière de l'inoculation avait été traité à l'hôpital du Midi (service de M. Puche) d'un chancre induré de la face externe du prépuce (un peu phymosique) qui, lors de son entrée dans nos salles (le 7 février 1859), avait laissé une cicatrice indurée, encore un peu rougeâtre, en forme de tubercule plat lenticulaire, avec engorgement indolent et léger des ganglions inguinaux. Sur la verge, le scrotum, la partie interne correspondante des cuisses, à l'anus, s'étaient développées des papules muqueuses secondaires qui, de là, s'étaient répandues sur d'autres régions. Il existait, notamment au front, une large papule squameuse d'un rouge cuivré, tout à fait sèche, et ayant environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Le 9 février, la pointe d'une lancette fut enfoncée dans la circonférence de cette papule et se chargea d'un sang un peu séreux, qui fut immédiatement inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit (près du pli du coude) d'un sujet affecté, comme les précédents, de *lupus* du visage. Comme nous n'avions aucunement la pensée que cette inoculation pût réussir, nous laissâmes sortir ce jeune homme une quinzaine de jours plus tard; la trace de la piqûre de la lancette était alors complétement effacée.

Le 1er avril suivant, ce jeune homme rentra au pavillon Saint-Mathieu, dans le service de M. Bazin. Alors, c'est-à-dire cinquante jours écoulés depuis l'inoculation, on vit avec surprise qu'au point où elle avait eu lieu s'était développée une papule rougeâtre, étalée et irrégulière, légèrement squa-

meuse, tout à fait sèche, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ.... rappelant très bien, par conséquent, la papule squameuse frontale qui avait servi à l'inoculation.

Au dire du malade, le début de cette papule remontait à quinze jours environ ; elle n'aurait donc commencé à se montrer que trente-cinq jours après l'inoculation. Au-dessus et autour de cette plaque, on découvrait quelques taches cuivrées un peu saillantes, commencement de la *syphilide squameuse* consécutive, qui, plus tard, s'est étendue aux autres régions du corps. Un ganglion douloureux, plus gros qu'une noisette, s'était développé dans l'aisselle correspondante.

Le 23 avril, le sujet se place comme infirmier dans une autre division du service de M. Bazin. Il était alors dans l'état suivant : taches de roséole sur le tronc, quelques rares papules squameuses sur la face palmaire des membres supérieurs; persistance à l'avant-bras droit de la papule cuivrée initiale; papules squamo-croûteuses abondamment répandues dans le cuir chevelu; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; papules muqueuses commençantes à l'ombilic et au pourtour de l'anus : rien à la bouche, au gosier, ni aux parties génitales.

Peu après, on institue le traitement spécifique, et déjà, le 18 mai suivant, tous les symptômes, notablement amendés, annonçaient une guérison prochaine.

Tous ces sujets, vierges d'ailleurs de toute syphilis avant nos expériences, étaient, comme on l'a vu, affectés de *lupus invétéré du visage*, sans offrir d'autre indice de scrofules.

Il nous a semblé que ce genre d'expérimentation offrait moins d'inconvénient sur eux que sur d'autres. Peut-être même était-il permis d'espérer que le traitement spécifique, institué en vue de la diathèse syphilitique, pourrait modifier avantageusement la maladie ancienne de la peau, et que cette double modification morbide et thérapeutique ne serait pas sans quelque heureuse influence sur le *lupus*, que l'on n'avait pu, jusque-là, amener à guérison : l'avenir nous apprendra si cet espoir pourra se réaliser !

En attendant, nous croyons que ces expériences, dont les

résultats ont été constatés par plusieurs membres de la Commission et par trois médecins de l'hôpital Saint-Louis (MM. Bazin, Devergie et Hardy), ne permettent plus d'élever aucun doute sur le caractère contagieux de la syphilis *consécutive* ou secondaire.

Si l'on y joint les inoculations pratiquées par d'autres médecins, tant en France qu'à l'étranger, et surtout les faits cliniques nombreux qui militent en faveur de notre opinion, nous pensons que toute tentative nouvelle d'inoculation artificielle devient superflue et peut être même regardée comme blâmable.

Nous n'hésiterons donc point à répondre par l'affirmative à la première question posée par M. le docteur Auzias-Turenne, et soumise à la Compagnie par M. le ministre.

Quant à la seconde question, outre qu'elle se trouve implicitement résolue par la solution de la première, les faits cliniques ne sont là ni moins nombreux, ni moins probants que dans le premier cas.

Tous les praticiens ont vu, tous les auteurs ont rapporté des exemples d'infection de la nourrice par le nourrisson, et de la propagation ultérieure de la maladie à d'autres sujets par l'un et par l'autre... et il n'y a aucune raison de supposer que, dans ce cas, le virus syphilitique ait des propriétés différentes de celles observées chez l'adulte.

Les exemples d'infection du nourrisson par la nourrice sont moins nombreux et moins authentiques... ce qui se comprend facilement, puisqu'une nourrice malade ne trouve guère de personnes disposées à lui confier un nourrisson ; cependant il en existe aussi dans la science, et un médecin de Paris, M. le docteur Caron, a récemment communiqué une observation fort intéressante sur ce sujet à la Société médicale du 2e arrondissement.

En résumé donc, nous proposons à la Compagnie de répondre aux deux questions posées dans la lettre ministérielle de la manière suivante :

1° Il y a des accidents *secondaires* ou constitutionnels de la syphilis, manifestement contagieux. En tête de ces acci-

dents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat.

2° Cette règle s'applique à la nourrice et au nourrisson comme aux autres sujets, et il n'y a aucune raison de supposer que chez les enfants à la mamelle, le produit de ces accidents ait des propriétés différentes de celles qu'on lui connaît chez l'adulte.

— M. Ricord étant absent, la discussion est ajournée à une des prochaines séances.

II. *Recherches statistiques sur l'action du seigle ergoté dans la parturition*, par M. Deville. (*Rapport* de MM. P. Dubois, Depaul et Danyau, *rapporteur*.)

Le mémoire dont je vais avoir l'honneur de vous rendre compte au nom de MM. P. Dubois, Depaul et au mien, vous a été présenté par un honorable candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, M. le docteur Deville, chargé depuis un grand nombre d'années de l'inspection du service de la vérification des décès dans plusieurs arrondissements de la ville de Paris, et qui s'est efforcé de tirer bon parti des nombreux documents que sa position lui a permis de recueillir.

M. Deville est arrivé, par la statistique, à des conclusions identiques avec celles que j'ai eu l'honneur de formuler, au nom de votre commission, dans le rapport adressé par l'Académie au préfet de la Seine en 1850. Il pense avoir prouvé par les faits soumis à son observation le danger auquel les enfants sont exposés par l'administration du seigle ergoté prescrit pour hâter l'accouchement, et par conséquent la nécessité à ne l'employer qu'avec une extrême réserve et des précautions particulières.

La statistique de M. Deville peut se résumer en peu de mots :

Dans l'espace de quarante-neuf mois pris dans les années de 1844 à 1848, il a fait, sur 19,476 décès, 5,180 inspections ; 621 étaient relatives à des enfants déclarés mort-nés, dont 106, toutefois, avaient vécu, mais trop peu de temps

pour être présentés vivants à l'officier de l'état civil. M. Deville les déduit, et, sur les 515 restants, déduisant encore tous les cas dans lesquels la mort a pu être facilement assignée à une cause quelconque, certaine ou probable, autre que l'ergot, il arrive enfin au chiffre de 72, qui représente celui des cas dans lesquels le seigle a été administré et semble ne pouvoir se soustraire à l'accusation qui pèse sur lui; 72 sur 515, c'est-à-dire un septième! Ce serait là assurément une proportion considérable, bien digne, comme le dit l'auteur, d'éveiller la sollicitude de l'autorité administrative.

Mais suffit-il d'avoir fait les éliminations opérées par M. Deville pour conclure à l'action funeste du seigle ergoté dans les 72 cas restants? Nous ne sommes pas suspect de prédilection outrée pour l'ergot de seigle, et pourtant nous ne pouvons considérer la statistique de notre honorable confrère comme parfaitement démonstrative des fâcheux effets de ce médicament. Nul n'est peut-être plus disposé que nous à croire que ses imputations sont fondées; nous n'en devons être que plus sévère pour les preuves, que plus difficile sur les faits par lesquels on veut renforcer notre conviction ou entraîner celle des autres.

Or, de quelle espèce sont les faits produits par M. Deville? S'agit-il d'enfants morts pendant le travail dans sa propre clientèle, sous ses yeux, à la suite de l'administration du seigle ergoté prescrit et donné par lui-même, tellement qu'il ait pu connaître exactement et relater avec détail toutes les circonstances de l'accouchement? Était-il en mesure de dire si les mères étaient primipares ou multipares, si la présentation (je suppose qu'il se soit toujours agi du sommet) était régulière ou irrégulière; quelle était la position, quel était l'état de l'orifice avant l'administration du seigle ergoté, quel était celui des contractions utérines, surtout celui des pulsations fœtales? Pouvait-il nous renseigner sur les modifications survenues dans le caractère des contractions et dans les bruits du cœur du fœtus après l'ingestion du seigle, sur le temps écoulé entre cette ingestion et la naissance de l'enfant, enfin sur l'état de celui-ci immédiatement après l'expulsion?

Tous ces détails, essentiels pourtant, et sans lesquels une bonne statistique nous paraît absolument impossible, M. Deville ne pouvait pas les donner. Il ne le pouvait pas, car les faits sur lesquels il a opéré et qui servent de base à sa statistique, ne sont pas des faits d'observation personnelle. Ce qu'il a pu nous faire connaître sur chacun d'eux, ce n'est rien autre chose que le résultat d'une enquête après la mort. Encore si cette enquête avait été faite auprès des médecins et des sages-femmes qui avaient donné des soins! Même alors, je l'avoue, elle me semblerait très imparfaite, très insuffisante, car comment supposer chez toutes les personnes interrogées une complète bonne foi et une entière compétence? Mais au moins on aurait obtenu ainsi quelques détails, les uns précis et sincères, les autres vagues ou suspects. Par une élimination sévère, plus jalouse de la qualité que de la quantité, on serait peut-être arrivé, même avec une statistique ainsi réduite, à quelques résultats; mais ce n'est point ainsi que M. le docteur Deville a procédé, et nous sommes les premiers à reconnaître qu'une telle enquête, poursuivie dans des clientèles qu'il n'a aucun droit de scruter ou de contrôler, n'était ni possible ni convenable, et qu'elle n'eût été acceptée par personne, même de la part d'un médecin dont l'honorabilité est aussi parfaitement établie. Il s'est donc contenté, en faisant sa visite d'inspection, de s'enquérir, quand on lui présentait un enfant mort-né, de la cause de la mort; et auprès de qui a-t-il pris des renseignements? Ce ne pouvait être évidemment qu'auprès des personnes présentes à sa visite, telles que l'accouchée, la garde, les parents ou les domestiques, qui n'ont pu lui donner que des informations incomplètes et insuffisantes. Qui est-ce qui, parmi toutes ces personnes interrogées (je ne mets pas en doute qu'elles ne l'aient été avec tout le soin possible), eût été capable de lui dire si, avant l'administration du seigle, l'enfant était encore vivant ou s'il avait déjà succombé; si, vivant encore, sa circulation était parfaitement normale, ou bien plus ou moins profondément troublée, de telle sorte que le seigle n'ait eu dans ce dernier cas qu'une part douteuse à sa mort? Qui, parmi ces

personnes, dont l'ignorance ne pouvait dans aucun cas être rachetée par la bonne volonté et la franchise, pouvait savoir et aurait pu dire si c'était bien par l'action du seigle que l'enfant avait péri, ou bien si ce n'était pas longtemps après la cessation des effets, en général d'assez courte durée, de ce médicament, longtemps après le retour des contractions utérines à leur type normal, que l'enfant aurait commencé à souffrir, et si par conséquent la mort imputée au seigle ne devait pas être exclusivement attribuée, soit à la longueur excessive, soit à quelque autre circonstance du travail. J'admets que, dans un certain nombre de cas, le plus grand nombre, c'est bien le seigle, rien que le seigle, qui avait fait le mal : où est la preuve, la preuve certaine, qu'il en a bien été ainsi? Et dans ceux, beaucoup moins nombreux, je l'accorde, où cette accusation serait mal fondée, où sont les moyens de la mettre à néant? — De données nécessairement vagues comment tirer une statistique rigoureuse? M. Deville ne le pouvait pas et n'y a pas réussi en effet, malgré tout le soin qu'il a apporté à la collection de ses matériaux et à la composition de son travail.

Ce qui précède suffirait peut-être pour justifier cette opinion; mais aux objections déjà présentées, nous pouvons et nous devons en ajouter encore quelques autres, non plus sur les 72 cas conservés par M. Deville, mais sur quelques-unes des catégories de ceux qu'il a cru devoir éliminer, et qui n'auraient peut-être pas dû être écartées sans observations.

M. Deville retranche de son total d'enfants morts-nés, les monstres incapables de vivre après leur naissance, les fœtus morts depuis plus ou moins longtemps dans le sein de leur mère et putréfiés, ceux nés bien avant l'époque de la viabilité. Rien de mieux, assurément. Je comprends également très bien la radiation absolue de ceux dont l'expulsion prématurée avait été le résultat de manœuvres criminelles, quels qu'aient été d'ailleurs les moyens mis en usage, eût-ce été le seigle lui-même; mais dans les cas où une commotion physique, une émotion morale de la mère, une présentation des pieds ou des fesses, une version pratiquée pour remédier à

une présentation vicieuse, l'existence des jumeaux, l'application du forceps, celle même du céphalotribe pouvaient être justement invoquées pour expliquer la mort, M. Deville est-il bien sûr qu'à une époque quelconque du travail, alors que l'enfant vivait encore, le seigle n'ait pas été administré, et qu'il n'ait pas eu une part considérable dans le résultat; ou plutôt ne sait-il pas, car il le dit quelque part dans son mémoire, qu'il en a souvent été ainsi? Est-il bien sûr, pour prendre quelques exemples seulement, que lorsque l'enfant a été retourné dans le sein de sa mère, expulsé ou amené par l'extrémité pelvienne, extrait avec le forceps ou avec le céphalotribe, ce n'est pas, dans un certain nombre de cas, sur un petit cadavre qu'on opérait, sur un enfant mort par l'administration bien inopportune de seigle ergoté? Qui sait mieux que M. Deville ce que l'ignorance est capable en ce genre, et avec quel aveuglement elle procède dans les conditions où elle devrait le plus absolument s'abstenir? Il n'était donc pas inutile qu'à l'occasion de ses éliminations, notre distingué confrère, non content de l'indication d'une cause de mort certainement suffisante par elle-même, montrât, par un renseignement précis, qu'on n'en pouvait pas invoquer d'autre, en particulier celle qui fait l'objet de son mémoire. Ici comme dans les cas admis à la charge du seigle, nous ne pouvons nous empêcher de regretter l'absence de quelques détails. Il est vrai qu'une simple mention n'aurait pas suffi, et, malheureusement l'auteur, qui ne nous a rien donné de plus pour les cas qu'il a cru devoir conserver, ne pouvait être ni plus précis, ni plus explicite pour ceux qu'il a éliminés. Nul doute qu'avec des renseignemets complets, il n'eût pu grossir le chiffre des morts véritablement imputables au seigle, ou tout au moins compenser par quelques-uns des faits de la seconde catégorie ceux qu'une connaissance circonstanciée du travail l'aurait forcé de retrancher de la première. On le voit, nous sommes bien loin de prendre parti pour l'ergot contre M. Deville; mais puisqu'il s'agit d'un procès, on ne saurait être trop exigeant sur la qualité des témoignages, trop difficile sur leur insuffisance, trop sévère pour les admettre, trop

prémuni contre les entraînements d'une conviction bien établie et déjà ancienne, trop fidèle au devoir d'une stricte impartialité. Combien n'eussions-nous pas été charmé de trouver dans le mémoire de M. Deville, sinon des observations détaillées, au moins des tableaux avec un entête complet et suffisamment divisé, et des colonnes bien remplies qui n'eussent rien laissé sans réponse. Ceux qu'il nous a donnés ne se composent que de brèves indications ; et tel est le nombre et l'importance des *desiderata*, qu'il n'en peut sortir aucune solution satisfaisante. Citons quelques exemples :

N° 13. Constant, rue Galande, 35. — « Enfant mort, né à » terme, administration de 2 grammes de seigle ergoté en une » seule fois. 3 mars 1844. »

N° 24. Dupont, rue d'Enfer, 11. — « Enfant mort, né à » terme ; administration du seigle ergoté. 1er avril 1844. »

Et ainsi d'un grand nombre d'autres.

Quelques-unes sont, à la vérité, un peu plus explicites :

Ainsi :

N° 20. Gard, rue de la Limace, 26. — « Enfant mort, né à » terme. Administration du seigle ergoté par une sage-femme ; » mouvements de l'enfant très sensibles, au dire de la » mère, jusqu'au moment de l'administration du seigle. » 23 juin 1845. »

En supposant que la mère ne se fût pas trompée, et l'on sait à quel point les illusions sont faciles, en supposant qu'au moment où l'on invoquait ses souvenirs, sa mémoire eût été, sur l'instant précis de la cessation des mouvements, d'une fidélité parfaite, une conclusion rigoureuse serait-elle possible dans ce cas en l'absence de beaucoup d'autres renseignements que nous avons montré plus haut être absolument nécessaires ? Et d'ailleurs, ne sait-on pas que, dans un grand nombre de cas, à une époque plus ou moins avancée du travail, les mouvements cessent d'être perçus, bien que l'enfant soit plus tard expulsé vivant et en bon état ?

N° 30. Amand, rue Baillif, 9. — « Enfant mort-né, à terme. » Administration du seigle ergoté par un médecin dès le début

» des douleurs; mouvements de l'enfant très sensibles avant » l'administration du seigle ergoté. 24 juin 1845. »

Mêmes remarques pour ce cas, fort incomplet comme tous les autres, et au sujet duquel nous ferons observer en outre que l'administration du seigle dès le début des douleurs, fort insolite assurément, pour ne rien dire de plus, n'a probablement eu de si bonne heure qu'une action assez faible, passagère, au demeurant peu dangereuse ou nulle même, si les membranes n'étaient pas rompues, et qu'à moins de répétition des doses dans la suite du travail, l'accusation pourrait bien n'être pas ici très fondée, ou tout au moins ne pas s'appuyer sur des preuves suffisantes.

A quoi bon multiplier ces citations; elles n'ajouteraient plus rien maintenant à la justification de notre critique. Nous ne voulons pas toutefois abandonner ce qui concerne le résumé de M. Deville sans exprimer le regret que son élimination ait porté en bloc sur tous les cas d'enfants nés vivants, mais morts avant l'expiration des délais légaux accordés pour la déclaration de naissance. L'état civil les enregistre comme morts-nés; mais parce que, très justement, la médecine ne les considère pas comme tels, était-ce une raison pour M. Deville de les rejeter tous absolument; parce que la mort aurait eu lieu non avant, mais seulement quelques heures, un ou deux jours après l'expulsion de l'enfant, serait-ce une raison, si le seigle avait été administré dans la vue d'accélérer l'accouchement, pour le regarder comme absolument étranger à cette issue funeste? Telle n'est pas, nous croyons pouvoir l'inférer de quelques passages de son mémoire, la pensée de M. Deville. On ne saurait nier que de fortes congestions produites par les troubles de la circulation fœtale pendant un travail long et difficile, surtout celles des centres nerveux, ne puissent avoir quelquefois pour l'enfant, après sa naissance, des conséquences fâcheuses qu'elles n'ont pas eues primitivement. Tel enfant né vivant et en apparence dans d'assez bonnes conditions, ou bien dans un état précaire, mais ranimé par des soins appropriés, succombe pourtant dans un court délai, après avoir offert les symptômes d'une forte congestion céré-

brale, quelquefois même d'une apoplexie méningée. Ce résultat éloigné, l'administration inopportune du seigle, sans surveillance attentive de ses effets, peut certainement le produire tout aussi facilement, plus facilement même qu'un long et pénible travail abandonné à lui-même, et nous serions bien étonné si, parmi les 106 cas éliminés par M. Deville parce que la mort a été postérieure à la naissance, un certain nombre n'eût pas pu grossir la liste mortuaire qu'il a conservée.

Pourquoi donc n'en avoir tenu aucun compte, pourquoi les avoir tous rejetés sans distinction? C'est sans doute faute de détails, et parce que, en l'absence de renseignements suffisants, il était impossible de faire rigoureusement la part du seigle. A merveille; mais les mêmes motifs n'existaient-ils pas pour ceux qui ont paru à M. Deville devoir figurer à la charge de l'ergot, et que, pour notre part, nous n'avons pas trouvés suffisamment démonstratifs?

M. Deville, pour repousser toutes nos objections, s'appuiera, nous nous y attendons bien, sur un dernier argument, qu'il paraît regarder comme inattaquable : « Quand, dit-il, aucune » des causes diverses que je viens de signaler n'existe, et que » l'on rencontre un enfant venu à terme, dans de bonnes » conditions de vie, que néanmoins cet enfant est mort et » présente toutes les apparences de l'asphyxie, on peut affir- » mer qu'il a été donné du seigle ergoté, et, pour mon compte, » j'ai tellement porté mon attention sur les signes extérieurs » et cadavériques qui, chez les enfants morts-nés, indiquent » l'emploi de cette substance, que presque toujours mon opi- » nion est formée avant d'avoir questionné les mères ou les » familles de ces enfants. » Il est à regretter que notre honorable confrère ne nous ait pas fait connaître ces *signes extérieurs et cadavériques* d'après lesquels son expérience lui permet de se prononcer si sûrement. Nous avons la plus grande confiance dans son coup d'œil exercé, nous croyons même qu'il n'est pas nécessaire d'une aussi longue pratique que la sienne pour reconnaître que la mort d'un enfant qui a succombé pendant le travail est le résultat d'une asphyxie fœtale;

mais là n'est pas la question, là ne gît point la difficulté. Le point à décider est de savoir si cette asphyxie tient à l'administration du seigle ergoté ou à une autre cause, telle par exemple qu'une compression inaperçue et non soupçonnée du cordon ombilical. Or, nous ne connaissons, quant à nous, *aucun signe extérieur et cadavérique* à l'aide duquel on pourrait arriver à un pareil diagnostic. Remarquez bien qu'il ne s'agit pas d'établir seulement des présomptions, des probabilités. S'il en était ainsi, nous accepterions volontiers les faits de M. Deville, et nous nous en contenterions d'autant mieux qu'au fond, nous l'avons déjà dit, nous croyons qu'il a le plus souvent raison. Mais ce qu'il prétend nous donner, ce sont des témoignages irrécusables, des faits d'une certitude absolue, en un mot, une démonstration rigoureuse, et c'est ce qu'à regret, encore une fois, nous ne pouvons lui accorder, même lorsqu'il s'appuie sur *ces signes extérieurs et cadavériques qui, chez les enfants morts-nés indiquent*, suivant lui, *l'emploi du seigle ergoté*.

Est-il besoin maintenant de faire remarquer à quel point notre honorable confrère se fait illusion lorsqu'il dit : « *La* » *seule objection sérieuse* qu'il soit possible de faire à mes » recherches, c'est que, pour que de tels documents eussent » une valeur incontestable, il aurait fallu faire aussi la sta- » tistique de tous les enfants qui naissent vivants, alors que » l'ergot de seigle a été administré à leurs mères pendant le » travail de l'accouchement. » On voit, d'après les détails de notre critique, qu'il y avait bien d'autres objections sérieuses à faire à son travail. Une contre-statistique, comprenant la série des cas heureux, opposée à la sienne ou plutôt à une statistique faite avec toute la rigueur que nous avons indiquée, n'en est pas moins une lacune considérable, et puisqu'il la signale lui-même, nous aurions mauvaise grâce à y insister.

Mais ce double document, d'autres statistiques le fournissent sur une échelle, à la vérité, comparativement bien petite. M. Deville, qui indique en particulier celle très récente (*Medical Times et Gazette*, décembre 1855) et assez bien

faite du docteur West, d'Alford (Lincolnshire), s'y arrête à peine, et semble mettre en doute l'authenticité des résultats. Peut-être notre honorable confrère n'a t-il eu connaissance que d'un extrait donné par quelque recueil périodique français, et non du travail publié dans le *Medical Times*. Ce journal, s'il l'avait consulté, aurait mis sous ses yeux un très intéressant tableau auquel il ne manque, pour être satisfaisant, que l'indication de l'état de la circulation fœtale avant et après l'administration du seigle, lacune, il est vrai, très importante. Les détails consignés dans ce tableau commandent la confiance. M. Deville ne comprend pas que sur 278 accouchements, le médecin anglais ait trouvé 69 fois l'occasion d'administrer le seigle, à moins qu'il ne se proposât d'expérimenter. Or, telle était en effet l'intention du docteur West, et il le dit expressément. Malgré l'innocuité de l'ergot dans un très grand nombre des cas rapportés, ce tableau n'est pas, en définitive, si contraire à la thèse de M. Deville qu'il le pense, et je ne doute pas que, s'il eût pu le consulter dans l'original, il n'y eût trouvé des arguments à l'appui de son opinion. Il eût pu voir d'abord que chez plusieurs femmes les contractions utérines n'ont point été modifiées par l'ergot; que chez quelques-unes elles sont devenues plus énergiques et plus efficaces sans perdre leur type normal, cette intermittence bien prononcée, si nécessaire au salut de l'enfant; que dans un bon nombre de cas elles ont pris ce caractère spécial et dangereux que le mot d'*ergotique*, employé par West, exprime très bien; qu'à peu près sans exception l'issue n'a alors été heureuse qu'autant que la terminaison de l'accouchement ne s'est pas fait longtemps attendre, moins d'une heure, une heure ou très peu au delà; et que l'enfant, au contraire, a succombé quand son expulsion a eu lieu beaucoup plus tard. Si l'expérimentation du docteur West était ici en cause, nous lui reprocherions bien vivement de n'avoir fait, dans ses expériences, aucun usage du stéthoscope. C'est au moins ce que nous pouvons inférer de son silence absolu sur l'état des pulsations fœtales. Sans auscultation après l'administration du seigle, on reste dans l'igno-

rance sur le danger que peut courir la vie de l'enfant ; dans les quatre cas (car il n'y en a eu que 4 sur 69) où la mort a eu lieu, l'observation attentive et répétée de la circulation fœtale eût sans doute averti le médecin anglais du péril et de la nécessité d'intervenir, et si l'intervention était possible, l'issue eût encore pu être heureuse. Mais la terminaison artificielle de l'accouchement était-elle praticable quand le danger est survenu? C'est là le point délicat, et malheureusement c'est ce qu'on ignore presque toujours, certains praticiens au moins, au moment où l'on administre le seigle. Après le médicament donné, tout est abandonné au hasard, et l'enfant en particulier à sa bonne chance. Pour le faire naître un peu plus tôt, on expose sa vie, et si elle vient à être compromise, on ne s'en doute pas, on reste dans une fâcheuse et coupable sécurité; ou si le péril est aperçu, il est quelquefois trop tard, d'autres fois trop tôt pour agir, et quand le moment est opportun, on n'a souvent ni l'habitude, ni l'habileté, ni la confiance, ni l'autorisation nécessaires.

Que nous importe après tout le chiffre proportionnel des enfants morts-nés après l'administration du seigle? N'est-il pas démontré par la statistique du docteur West lui-même que l'ergot peut tuer, et quand ce ne serait, comme il résulte de ses chiffres, que dans la proportion d'un dix-septième, ne serait-ce pas beaucoup trop encore? D'ailleurs n'est-ce pas pur hasard si la proportion n'a pas été plus considérable, et qui sait si, dans une autre série de pareil nombre d'expériences instituées de la même manière, elle ne serait pas beaucoup plus forte? Elle pourra être moindre encore, dira-t-on, entre des mains très prudentes et très habiles; d'accord. Mais entre des mains qui ne seront ni habiles ni prudentes, le chiffre ne s'élèvera-t-il pas infailliblement? On voit à quel point nous abondons dans le sens de M. le docteur Deville; mais cette conformité de vues ne va pas cependant jusqu'à nous faire accepter les documents nécessairement vagues et insuffisants sur lesquels il a établi sa statistique. Nous n'en sommes pas moins heureux de nous trouver d'accord avec cet honorable confrère sur le fond de la question, et si nous ne pouvons louer entière-

ment son travail au point de vue scientifique, nous reconnaissons volontiers que les faits qu'il signale sont de nature à inspirer à l'autorité administrative d'utiles recommandations à défaut de mesures restrictives que repoussent l'état actuel de la législation et, à certains points de vue, l'intérêt bien entendu des femmes.

Nous avons l'honneur, Messieurs, de vous proposer les conclusions suivantes : 1° adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Deville pour sa communication ; 2° déposer son mémoire dans les archives de l'Académie.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

III. *Du seigle ergoté dans l'accouchement*, par M. le docteur CHRESTIEN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. (*Commissaires :* MM. Depaul, et Danyau, *rapporteur.*)

Si l'Académie veut bien me le permettre, j'aurai maintenant l'honneur de lui rendre compte d'un autre travail sur le même sujet, qu'elle nous a chargés, M. Depaul et moi, d'examiner.

M. le docteur Chrestien, agrégé de la Faculté de Montpellier, avait adressé il y a quelques années à la Compagnie un mémoire dans le but de démontrer l'innocuité et même les avantages du seigle ergoté dans l'accouchement (1). C'était une réunion de dix-neuf observations que votre commission, dont j'avais l'honneur d'être l'interprète, avait lues avec attention, et dont elle avait signalé les lacunes, et par conséquent l'insuffisance. En faisant suivre l'impression de son mémoire d'un rapport dans lequel la part de la critique l'emportait sur celle de l'éloge, M. le docteur Chrestien avait fait preuve d'une grande déférence pour l'opinion de l'Académie. Mais il n'en restait pas moins convaincu, et tout prêt à revenir à la charge avec une nouvelle série de faits pour nous convaincre. Sa présente communication est un nouveau mémoire à consulter adressé sous forme de lettre à l'Académie, un nouveau plaidoyer en faveur du seigle.

Le travail de M. Chrestien se compose de deux parties. Dix

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XIX. p. 50.

observations détaillées forment la première ; c'est, à proprement parler, la substance du mémoire. La seconde est consacrée à prouver longuement ce qui n'est contesté par personne, à savoir qu'avant la découverte des propriétés obstétricales du seigle ergoté, il arrivait quelquefois que l'enfant succombait pendant le travail, et que, de nos jours même, pareil malheur arrive encore sans que l'ergot ait été administré. Ne sont-ce pas là des vérités reconnues et qui n'ont plus besoin de preuves? A quoi bon dès lors de longues citations tirées des œuvres de Mauriceau, Delamotte, Levret, Smellie, Baudelocque, etc., à l'appui de la première, et quelques observations inédites à l'appui de la seconde? Sur ces deux points tous les accoucheurs sont de l'avis de M. Chrestien ; mais il en est un sur lequel, quant à nous, nous ne saurions tomber d'accord avec lui : loin de croire à l'enthousiasme des maîtres qu'il cite pour le seigle ergoté, s'il eût été en usage de leur temps, nous sommes convaincus qu'ils nous auraient fait une loi et qu'ils nous auraient donné l'exemple de la réserve, et que nous compterions quelques grandes autorités de plus en faveur de notre opinion.

Laissons donc de côté cette seconde partie du travail de M. Chrestien ; arrivons aux faits nouveaux qu'il nous communique, à ses vrais arguments. Toutefois, avant de passer à l'examen de cette nouvelle décade, je désire faire quelques remarques préliminaires.

Supposons d'avance que les dix observations nouvelles de M. Chrestien soient parfaitement démonstratives de l'innocuité et des avantages du seigle, quelle devra être la conclusion? Qu'il en sera toujours ainsi? Entre les mains de M. Chrestien peut-être, qui doit sans doute au choix des cas, à celui du moment, à toute une réunion d'heureuses circonstances d'une part, et d'autre part à une exacte surveillance après l'administration de l'ergot, les succès qu'il a obtenus, et qui saura, par les mêmes moyens, s'en assurer d'autres. On ne peut pas moins attendre, en effet, d'un agrégé de la Faculté de Montpellier, d'un professeur d'obstétrique, d'un praticien expérimenté qui, malgré son zèle en faveur du

seigle, ne saurait être accusé d'une prédilection aveugle, puisqu'en vingt-trois ans, sur 1,300 accouchements, il ne l'a administré que 29 fois, c'est à-dire dans la faible proportion de 2,2 pour 100. Que d'autres ne puissent pas être aussi heureux que M. Chrestien, c'est ce que nous sommes loin de prétendre, et notre honorable confrère nous rend à nous-même, si défiant à l'endroit du seigle, la justice de reconnaître que nous ne repoussons pas l'administration éclairée de ce médicament. Nous ne combattons que l'emploi si souvent aveugle qu'on en fait dans la pratique. M. Chrestien a su être heureux et vient nous faire part de ses succès. Mais combien n'ont pas su l'être, et qui, si dans une question de ce genre chacun venait faire de sincères aveux, auraient de tristes résultats à nous raconter! Comment se fait-il, en effet, et c'est une bien juste remarque de M. le docteur Deville, que tant de praticiens, d'abord partisans du seigle, y renoncent à mesure qu'avec les années ils ont acquis plus d'expérience; et n'en est-il pas de jeunes encore (j'en connais et j'en pourrais citer) qui ont appris à leurs dépens ce qu'il faut penser au moins de la constance de cette innocuité si vantée? Plusieurs causes donnent ici lieu à l'abus, la possibilité pour tout le monde de prescrire le seigle, l'impatience qui fait si facilement céder à la tentation ou aux instances, l'extrême facilité de moyen qui ne demande aucune habileté manuelle dans une pratique spéciale qui en exige incontestablement beaucoup; son extrême simplicité comparée à l'idée et à l'appareil d'une opération qui effraye les femmes, inquiète les familles, et qu'on ne peut quelquefois, faute de capacité légale, pratiquer, ou, faute d'autorité suffisante, faire accepter; enfin j'ajouterai, et ce n'est pas le moins grave, les succès fréquents, ceux publiés par d'autres ou ceux dont on a été témoin soi-même, surtout ceux qui, obtenus en dehors des règles, et il y en a de ce nombre, conduisent trop souvent à l'aveuglement et à la témérité.

Qui sait si nous ne trouverons pas de ces succès qu'on pourrait dire d'un exemple dangereux dans la décade de M. Chrestien? Ces dix observations se divisent en deux catégories : la première comprend les cas, au nombre de 6, dans

lesquels le seigle a évidemment accéléré l'expulsion de l'enfant; la seconde est composée des 4 derniers, dans lesquels l'action du médicament a été insuffisante. Des six cas de la première catégorie, cinq ont été complétement heureux; mais, circonstance à noter, condition bien favorable pour le salut de l'enfant, l'expulsion ne s'est pas fait attendre à partir de l'administration du seigle plus d'une heure, une heure cinq minutes, quarante-cinq à cinquante minutes; trois des femmes étaient primipares, deux multipares. Chez l'une des primipares, à sept heures après la rupture artificielle des membranes, la tête descend sur le plancher du bassin; à peine une heure après on perd courage, le seigle est donné. Était-il bien nécessaire? Un peu de patience, quelques encouragements n'auraient-ils pas suffi? Chez la seconde, à six heures du matin, la dilatation égale le diamètre de *la plus grande de nos pièces de monnaie* (une pièce de 5 francs sans doute). Quand se compte-t-elle? quand l'orifice est-il franchi? à quel moment les contractions deviennent-elles expulsives? Nous l'ignorons. A dix heures le seigle est donné pour inertie. Quatre heures seulement s'étaient écoulées entre le moment où la dilatation était si peu avancée et celui où le seigle est administré. Est-il bien sûr qu'on n'eût plus rien à espérer de la puissance de la nature, qu'on ne dût pas compter sur le réveil spontané des contractions? Quelques détails malheureusement vrais, et dont l'absence nous empêcherait certainement de proposer ce fait et quelques autres pour exemples, laissent, comme on le voit, indécis plusieurs points qui ne sont pas sans importance. — Dilatation complète au bout de cinq heures de travail; deux heures plus tard, l'accouchement paraît sur le point de se faire, tant la tête est déjà avancée; mais après deux heures les douleurs s'éloignent et diminuent; deux nouvelles heures d'inutile attente ne laissant point de doute sur l'inertie, le seigle est donné, et la tête, depuis longtemps à la vulve, est bientôt expulsée; l'enfant naît vivant. Telle est l'histoire bien complète de la troisième primipare. Cette observation ne laisse rien à désirer. Quant aux deux multipares, chez l'une, six heures d'attente à partir du

moment où les contractions deviennent expulsives, six heures d'infructueux efforts, qui deviennent à la vérité de plus en plus faibles, rendaient l'intervention de l'art indispensable; le seigle est préféré au forceps, et le succès donne gain de cause à l'honorable accoucheur; chez l'autre, l'accouchement, retardé par la position occipito-iliaque postérieure, plus peut-être que par une inertie véritable, se termine promptement après l'administration de l'ergot, dont l'indication peut-être, mais non certes les bons effets et l'innocuité ne sauraient être contestés dans ce cas.

Mais que dirons-nous maintenant du sixième cas de cette première catégorie (5e observation)? Il s'agit ici d'une primipare, chez laquelle, après douze heures de travail, M. Chrestien, trouvant l'hymen intact, l'incise, puis, pour arriver à l'orifice utérin, qu'il ne peut atteindre à cause de l'étroitesse du vagin, dilate forcément ce canal pendant deux heures avec les doigts, reconnaît alors (il était cinq heures du soir) une dilatation de la grandeur d'une pièce de trois francs, et une présentation du sommet en position occipito-cotyloïdienne gauche, et donne dès six heures le seigle. Les douleurs, dès la première dose, se succèdent *sans interruption*, et la femme accoucha à sept heures un quart, d'une fille dans un état d'asphyxie qui ne se dissipa qu'après des soins prolongés. Sous aucun rapport, nous ne saurions donner la conduite de M. Chrestien, dans ce cas, comme exemple à suivre. Pour ne parler que de l'administration du seigle, c'est, en définitive, un cas de succès, puisque l'enfant a vécu; mais un peu plus, avec ces *douleurs sans interruption*, la mort n'aurait-elle pas eu lieu, et qui d'avance aurait pu répondre qu'un quart d'heure, une demi-heure ou davantage n'auraient pas encore été nécessaires pour amener la terminaison de l'accouchement, dans les conditions où se trouvaient l'orifice utérin, le vagin, le plancher du bassin et la vulve? Voilà un cas de succès que je ne crains pas de dire d'un exemple dangereux. En vain M. Chrestien prétendra-t-il que l'état d'asphyxie que l'enfant a présenté à sa naissance était dû à la longueur du travail et non au seigle. Croit-il donc que pendant les qua-

torze heures de travail écoulées, au moment où il constatait que l'orifice avait le diamètre d'un petit écu, l'enfant avait réellement souffert, et pense-t-il que les deux heures et quart qui se sont passées ensuite jusqu'à la terminaison de l'accouchement puissent être considérées comme un temps bien long et qui eût suffi pour compromettre la vie du fœtus s'il n'eût été sous l'influence du seigle, soumis à sa constante et fâcheuse pression résultant de contractions *non interrompues*. Il n'est personne, nous ne craignons pas de le dire, qui sur ces deux points partage son opinion; et, quant à nous, nous n'hésitons pas à ranger ce fait dans la catégorie de ceux qui démontrent le danger du seigle dans certaines circonstances, comme nous l'avons fait pour deux cas de son premier mémoire, et au sujet desquels nous n'avons aucune raison de rétracter l'opinion formulée et bien convaincue que nous avons exprimée. En sorte que, sur vingt-neuf cas d'administration du seigle pour hâter l'accouchement qui nous ont été communiqués par M. Chrestien, on peut compter un cas de mort pendant le travail, en cas de mort apparente, qui, malgré le rappel à la vie, fut suivi plus tard de mort réelle, enfin un cas de mort apparente après lequel on obtint heureusement une résurrection complète et définitive. Est-ce donc là une statistique qui démontre l'innocuité du seigle ergoté?

Nous avons maintenant bien peu de choses à dire des cas où le seigle, aurait été administré sans succès, si ce n'est que probablement nous eussions fait, de prime abord, ce que M. Chrestien n'a fait qu'en second lieu. Nous reconnaissons volontiers que, dans ces quatre cas, le seigle n'a pas produit d'accidents, ce qui s'explique, pour l'un, par l'absence d'effet sensible; pour les autres, par la nature non toujours ergotique des contractions provoquées et par leur assez courte durée.

Mais il est une remarque sur laquelle nous voulons, en terminant, insister. Elle est relative au motif que, dans la plupart de ses observations, M. Chrestien invoque pour justifier l'administration du seigle. Nous croyons qu'il n'y a guère d'accoucheurs qui ne regardent comme condition indis-

pensable de l'emploi de l'ergot, un état satisfaisant de la circulation fœtale, tant sous le rapport de la force, que sous celui de la régularité et de la fréquence des bruits cardiaques. Tout au contraire M. Chrestien considère la faiblesse de cette circulation, c'est-à-dire la souffrance du fœtus, comme une indication. Il n'est personne assurément qui se range à son avis. Mais, dira-t-on, ses observations sont là pour répondre. Ne leur faisons pas dire pourtant plus qu'elles ne disent. Pour nous, nous ne pouvons croire que l'enfant souffrît déjà dans les cas où il a prescrit le seigle. Les bruits du cœur étaient faibles; mais leur force avait-elle été constatée au début du travail ?

Et d'ailleurs, le silence absolu de l'auteur sur la régularité et le degré de fréquence des pulsations fœtales, si essentielles à constater pour ce diagnostic spécial, ne donne-t-il à penser, indépendamment du résultat, que la circulation du fœtus n'était pas modifiée au point de démontrer un état de souffrance réelle, circonstance bien heureuse sans doute et à laquelle M. Chrestien doit certainement quelques-uns de ses succès.

Nous ne croyons pas que M. Chrestien ait démontré l'innocuité absolue du seigle. C'était là surtout ce qui était en cause; quant aux avantages dans un certain nombre de cas bien déterminés, ils ne sauraient être mis en doute. Nous n'en devons pas moins des éloges à l'honorable agrégé de Montpellier pour le zèle dont il a fait preuve dans une question aussi importante que celle de l'administration du seigle dans la pratique des accouchements. Et nous avons en conséquence l'honneur de vous proposer :

1° De lui adresser une lettre de remercîments pour sa communication ;

2° De déposer son mémoire dans les archives de l'Académie.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

LECTURES.

Remarque sur un nouveau cas d'anévrysme guéri par l'injection d'une solution étendue de perchlorure, par M. DEBOUT.

Dans le mois de novembre 1853, alors que M. le professeur Malgaigne venait signaler, du haut de cette tribune (1), les dangers de l'expérimentation de la méthode de Pravaz, je fus chargé par un de nos sagaces confrères de Lyon, M. Valette, de présenter à l'Académie l'observation d'un nouveau cas de guérison d'un anévrysme du pli du coude. Ce fait était remarquable surtout, en ce que le succès de la tentative n'avait fait courir aucun danger au malade, et ce résultat, je n'hésitais pas à le rapporter à la moindre densité de la solution du perchlorure qui avait été employée par ce chirurgien.

Deux mois plus tard (séance du 3 janvier), je venais compléter l'observation en plaçant sous vos yeux la pièce anatomique qui permettait de se rendre compte, pour la première fois, de l'action du perchlorure de fer à 30 degrés, injecté au sein d'une poche anévrysmale.

Cette pièce, je dois le rappeler, présentait les particularités suivantes :

La tumeur, réduite au volume d'un petit noyau d'abricot, était située, en arrière de l'artère humérale, au niveau de son point de bifurcation. Les parois des artères radiale et cubitale, dans la petite étendue correspondante au sac *b*, *d*, étaient aplaties, rétractées et leur calibre complétement

effacé. Au delà des limites de la tumeur, ces vaisseaux présentaient leurs conditions anatomiques normales.

La poche anévrysmale *e*, ouverte par une coupe longitu-

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XIX, p. 84.

dinale, laissait voir tout son intérieur rempli par un magma de couleur chocolat, et offrant l'aspect d'une bouillie épaisse *f*.

Ces altérations diverses : l'aplatissement, la rétraction et surtout l'oblitération des vaisseaux, de même que la décomposition du coagulum formé par les 13 gouttes de la solution de perchlorure à 30 degrés, prouvaient que l'injection du sel de fer avait, dans ce cas, dépassé les limites de l'action coagulante, et provoqué l'inflammation des parois du sac et celle des artères contiguës.

Les faits cliniques ne suffisent pas toujours pour trancher les points en litige. Les circonstances observées pendant la vie du malade avaient permis à M. Valette de ranger cette guérison au nombre des succès de la méthode Pravaz, les notions fournies par l'examen anatomo-pathologique de la pièce devaient conduire à formuler un autre jugement. L'oblitération des artères étant le résultat de l'inflammation provoquée par une solution trop concentrée de perchlorure de fer, on ne pouvait conserver cette observation dans la catégorie où elle avait été inscrite tout d'abord.

Au début de l'expérimentation de toutes les méthodes nouvelles, chaque fait a son importance, *experientia facit artem, exemplo monstronte viam.* Celui de M. Valette montrait la nécessité de mettre désormais en œuvre des solutions moins concentrées de l'agent coagulateur, si l'on voulait se mettre à l'abri de la source la plus puissante des accidents inflammatoires.

La valeur de cet enseignement fut comprise, et quelques-uns des expérimentateurs firent l'essai de solutions plus étendues. Ainsi, il existe aujourd'hui plusieurs observations d'anévrysmes guéris par l'injection de solutions de 18 à 20 degrés, et nous regrettons, pour notre part, qu'on ne soit pas descendu jusqu'à 15 degrés.

Les faits cliniques seuls, nous venons d'en donner la preuve, n'éclairent pas tous les points de la question pratique, et jusqu'à ce que la méthode coagulante soit nettement formulée, les meilleures observations seront celles qui seront suivies d'autopsie. C'est ce qu'a pensé un de vos savants correspon-

dants de Toulouse, M. le professeur Dieulafoy ; aussi cet habile chirurgien ayant obtenu à son tour un cas de guérison d'un anévrysme, à l'aide de l'injection d'une solution plus diluée de perchlorure de fer, a désiré que la pièce anatomique qui témoignait de ce nouveau succès fût mise sous vos yeux. Je remercie notre savant confrère de l'honneur qu'il m'a fait en me chargeant de le suppléer pour cette présentation.

Voici d'abord l'observation que m'a adressée M. Dieulafoy. Comme elle est dépouillée de tous les détails étrangers à la lésion artérielle et au mode opératoire mis en œuvre, elle est très courte.

Obs. — *Anévrysme de l'artère cubitale droite. Injection au perchlorure de fer.—Mort, le quarantième jour après l'opération, par des causes étrangères à l'anévrysme. — Réduction extraordinaire du volume de la tumeur démontrée par l'autopsie.* — Le 7 juillet 1857, dit M. Dieulafoy, je fus appelé par mon confrère, le docteur Raffy, auprès de M. R..., officier supérieur de cavalerie en retraite, âgé de cinquante-huit ans. M. R... est malade depuis longtemps ; les fatigues de la guerre et un long séjour en Afrique ont profondément altéré sa santé. A cet état de souffrances presque continuelles est venue se joindre une nouvelle affection grave, un anévrysme de la partie supérieure de l'artère cubitale du bras droit. La tumeur, dont l'apparition remonte à peu de mois, a déjà acquis un volume considérable ; elle présente dans ses deux diamètres 81 millimètres sur 54 millimètres. Elle est devenue superficielle ; aussi les mouvements de dilatation, d'expansion dont elle est le siége sont-ils très sensibles à l'œil, à plus forte raison au toucher ; ainsi donc, diagnostic certain. Depuis quelques jours, une douleur violente s'est développée dans la tumeur, et parfois cette douleur s'étend dans tout le membre, que le malade ne peut alors remuer.

En présence d'un tel anévrysme, de son développement sensible et journalier ; en présence de la gravité d'une telle maladie, il était urgent de ne pas perdre de temps. Mais à quelle méthode de traitement fallait-il recourir ? Quelle était celle qui devait offrir le plus de chances heureuses ? Nous ne pouvions pas songer évidemment à mettre en usage les moyens topiques, réfrigérants, styptiques, non plus que la méthode générale de Valsalva. La compression devait être rejetée de même ; des essais avaient été faits depuis quelques jours et nous prouvaient que la douleur était considérablement augmentée. Nous ne pouvions pas non plus recourir à la

ligature de l'humérale, car cette artère très superficielle roulait sous le doigt, semblait avoir des points ossifiés dans ses tuniques ; restaient donc l'*électricité* et les *injections coagulantes*. Nous donnâmes la préférence à cette dernière méthode, et tout naturellement au perchlorure de fer, comme agent chimique.

Après avoir obtenu du perchlorure de fer de Burin-Dubuisson, à 18 ou 20 degrés, il s'agissait de déterminer la quantité que nous devions en injecter dans la poche anévrysmale pour produire la formation du caillot chimique. Pour atteindre le résultat le plus satisfaisant possible, il s'agissait de cuber la tumeur. Or, nous avons déjà dit qu'elle mesurait 81 millimètres sur 54. D'où il suit qu'en la regardant comme un ellipsoïde de révolution, on trouve que sa capacité est de $0^{lit},124$, ou bien un peu plus de 12 centilitres.

Ces données une fois acquises, fallait-il, comme le recommande M. Broca, injecter autant de fois 20 gouttes que nous trouvions de centilitres? Nous fûmes effrayés de l'énorme quantité d'agent coagulant (240 gouttes). Et puis M. Broca ne dit-il pas lui-même : « L'excès de perchlorure n'est pas seulement dangereux, en ce sens qu'il exerce sur les tissus une action de plus en plus nuisible, il a l'inconvénient plus grand encore de produire un caillot moins résistant. » Pénétré de ces réflexions, je résolus de m'éloigner des préceptes formulés par M. Broca, et je décidai, après avoir pris l'avis de notre excellent confrère M. Debout, que je ne ferais exécuter au piston de la seringue que dix-huit ou vingt demi-tours, représentant, comme on sait, 18 ou 20 gouttes de liquide. A part cette modification dans la quantité du perchlorure, le manuel opératoire et les divers temps de l'opération furent exécutés ainsi que le recommande M. Broca. Notons cependant encore une modification dans le mode d'injection. Les 20 gouttes de liquide furent injectées à de très courts intervalles dans la poche anévrysmale, dans quatre ou cinq points différents de son intérieur, en donnant à l'instrument une légère inclinaison à droite, à gauche, en bas, en haut. Ces divers centres d'injection étaient destinés à devenir le noyau de caillots chimiques multiples. Cette manière de faire nous réussit à merveille, car après cinq ou six minutes, la tumeur nous parut suffisamment durcie dans toute son étendue.

Les phénomènes qui suivirent immédiatement cette opération furent un abaissement considérable de température dans tout le membre, et quelques minutes après, des douleurs intolérables se déclarèrent, dans la face externe principalement. L'emploi de légères frictions avec des linges chauds, une pommade au chloroforme et au cyanure de potassium, secondées par l'usage de l'opium à l'intérieur, amenèrent le calme au bout de quelques heures.

Le lendemain de l'opération, la tumeur était toujours dure, sans battements, ans changement de couleur à la peau; un bandage modérément compressif fut ajouté au traitement de la veille, et les douleurs ne reparurent plus.

A partir de cette époque, l'état général du malade sembla s'améliorer sous l'influence de la disparition de la douleur et d'un sommeil bienfaisant qu'il put paisiblement goûter; mais cette amélioration ne fut pas de longue durée; une vieille maladie de l'estomac et de l'intestin, jointe à un catarrhe et à une paralysie de vessie, reprirent une nouvelle intensité, et notre malade succomba au moment où nous pouvions le considérer comme à peu près guéri de son anévrysme, tant le volume de la tumeur avait diminué. Il mourut le quarantième jour après l'opération.

L'autopsie, qu'il nous a été possible de faire, et l'examen de la pièce pathologique nous permettent de regarder ce cas comme un véritable succès des injections coagulantes. En effet, et ainsi qu'on peut en juger par le dessin que nous joignons à l'observation, la réduction de volume qu'a subie la tumeur est vraiment remarquable; elle a à peine la grosseur d'un noyau de pêche, et ne présente plus, dans ses grandes dimensions, que 30 millimètres de diamètre d'une part, et 15 millimètres de l'autre. On se rappelle que nous avons indiqué primitivement 81 millimètres sur 54.

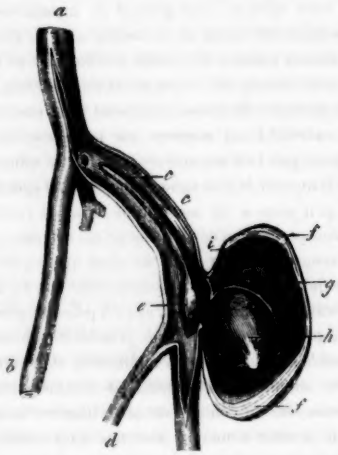
Nous ne disons rien du contenu de cette tumeur, nous ne l'avons pas ouverte, mais le toucher donne la sensation d'un caillot assez résistant. Sur la partie antérieure et supérieure, un peu à droite, existe une ouverture qui laisse échapper, par la pression, des débris de caillots de sang décoloré; c'est évidemment le point par lequel a pénétré le trocart au moment de l'opération.

L'artère sur laquelle est développée la tumeur est oblitérée supérieurement dans toute son étendue, jusqu'à son origine, la bifurcation de l'humérale, par un caillot qui paraît très résistant. La partie inférieure de cette artère est libre, un stylet arrive jusque au-dessus du niveau de la poche anévrysmale; il en est de même du tronc commun des artères interosseuses; un stylet est arrêté seulement lorsqu'il arrive à son point d'émergence de la cubitale, point sur lequel s'est développée la maladie actuelle.

Conformément au désir de M. Dieulafoy, je procédai à l'examen anatomo-pathologique de cette pièce.

Une coupe longitudinale, pratiquée suivant l'axe du grand diamètre de l'anévrysme, laisse voir son intérieur complétement rempli, *a*, par deux caillots. L'un, périphérique, *g*, occupe la plus grande partie de la poche;

il est composé de couches concentriques de fibrine tout à fait semblables à celles que l'on rencontre dans les tumeurs en voie de guérison spontanée; au centre de ces couches se trouve un caillot, *h*, dont la couleur foncée



tranche fortement sur la teinte jaunâtre des couches fibrineuses. Ce caillot chimique présente son grand diamètre dans le sens de la largeur de la poche, 2 centimètres, il en occupe presque toute l'étendue; son autre diamètre est moitié moindre. Ce caillot n'est pas limité à l'intérieur de la poche, mais il se prolonge, par l'ouverture de communication de celle-ci, *e*, avec l'artère cubitale, dans la partie supérieure de ce dernier vaisseau. Au niveau de la naissance de la radiale, ce caillot, *c*, cesse brusquement; sa longueur est de 3 centimètres.

Au-dessous du sac anévrysmal l'artère cubitale est vide et son calibre conservé. Il n'en est pas de même de l'interosseuse, dont les parois se sont rétractées, et qui se trouve ainsi transformée en un cordon fibreux.

Une particularité importante à noter est l'ouverture que la poche présente à sa partie supérieure, *i*; ouverture qui, suivant toute probabilité, correspond au point par lequel a pénétré le trocart de la seringue à injection. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette lésion, afin d'en tirer la déduction

pratique qui en découle; pour le moment, nous devons nous borner aux autres particularités anatomo-pathologiques.

Le fait le plus inattendu, dont cette pièce nous rend témoin, est sans contredit la présence simultanée d'un caillot actif et celle d'un caillot chimique dans la poche anévrysmale. Nous avons noté déjà que le caillot actif occupait la plus grande partie de la poche et que l'organisation des couches fibrineuses était tout à fait semblable à celle que présentent les anévrysmes en voie de guérison spontanée, c'est-à-dire que les couches les plus excentriques étaient les plus denses et les plus décolorées, et même que celles qui touchaient aux parois se confondaient avec ces dernières.

Ce caillot existait-il avant le moment de l'injection, ou sa formation est-elle postérieure à l'opération? Les renseignements fournis par M. Dieulafoy, sur l'expansibilité de la poche, dont les mouvements étaient visibles, l'absence de toute trace de sel de fer dans les couches fibrineuses, quoique le chirurgien ait disséminé ses vingt gouttes de solution coagulante dans des points divers de la cavité anévrysmale, la solidification de la tumeur aussitôt après l'opération, tout semble indiquer que ces couches fibrineuses périphériques n'existaient pas au moment de l'opération, du moins en quantité aussi considérable que celle constatée à l'autopsie.

Que si le caillot actif, en entier, ou seulement en partie, avait été produit après l'injection, comme la coagulation du sang dans la poche anévrysmale et dans la partie supérieure de l'artère cubitale, s'opposait à tout abord du liquide, il faudrait donc admettre, ou que les matériaux des couches fibrineuses ont été fournis par une exsudation plastique du sac, ainsi que le croyait Wardrop, ou qu'ils se sont séparés du caillot chimique produit par le perchlorure.

La densité plus considérable des couches les plus extérieures du caillot repousse la première hypothèse; reste donc la seconde. Les résultats de plusieurs expérimentations que nous avons tentées sur des animaux avec des solutions étendues nous fourniraient des arguments à l'appui de cette dernière supposition. Toutefois, préférant la discuter à l'aide des

faits, nous attendrons la fin d'une nouvelle série d'essais en voie d'exécution.

En attendant, nous pouvons toujours tirer de l'examen comparé des deux pièces fournies par les malades de MM. Valette et Dieulafoy quelques renseignements utiles. Ne voulant pas sortir des limites des faits démontrés par l'observation, nous bornerons notre étude à deux points :

1° L'action traumatique exercée par les ponctions du trocart ;

2° Le degré de la densité des solutions de perchlorure de fer.

Le petit volume du trocart de la seringue construite par M. Charrière avait conduit Pravaz à penser que les ponctions des parois artérielles seraient complétement inoffensives. Les faits cliniques, aujourd'hui nombreux, semblent prouver qu'il en est ainsi. Toutefois, l'examen des pièces ci-dessus témoigne que l'action traumatique de cet instrument se fait sentir d'une manière plus sensible que ne le croyait l'auteur du procédé.

Sur toutes les artères carotides des chevaux soumis aux expérimentations, on distinguait le point où l'instrument avait pénétré dans le vaisseau. La lésion de la paroi artérielle restait la même, quel que fût le degré de la solution injectée.

Les faits observés chez l'homme prouvent que, malgré la différence d'organisation des artères et des sacs anévysmaux, cette lésion se montre la même, c'est-à-dire proportionnelle à l'action traumatique exercée par l'instrument. Ainsi, sur la pièce fournie par M. Valette, quoique la solution du perchlorure fût à 30 degrés, la piqûre du sac s'est cicatrisée. La lésion consécutive a consisté, malgré les accidents inflammatoires provoqués par le haut degré de concentration ou d'acidité du sel de fer, en une légère élevure du volume d'un grain de chènevis; tandis que sur la pièce présentée par M. Dieulafoy, nous voyons l'ouverture pratiquée au sac s'ulcérer et s'agrandir de manière à présenter des dimensions sept à huit fois plus considérables que celle de la canule du trocart.

Ce danger, dont l'examen de ces pièces nous révèle l'importance, doit faire rejeter le conseil donné par Pravaz, de fractionner la dose de l'agent coagulant, en projetant la solution dans les divers points du sac anévrysmal, dans le but de multiplier les centres de coagulation. Mieux vaudrait certainement tenter d'assurer le résultat en malaxant la tumeur après l'injection ; encore cette manœuvre doit-elle être pratiquée avec une grande réserve.

Les faits cliniques ont suffi pour proscrire l'emploi des solutions à 45 degres proposées par Pravaz. Les lésions anatomo-pathologiques constatées sur la pièce de M. Valette, montrent les dangers auxquels on s'expose en se servant des solutions à 30 degrés. L'examen de la pièce de M. Dieulafoy ne doit pas nous rassurer complétement sur la mise en œuvre des solutions réduites à 20 degrés, puisque l'une des artères, l'interosseuse, a été oblitérée. Il est vrai qu'on peut rapporter les accidents inflammatoires autant à l'action traumatique produite par l'instrument qu'à l'action topique du liquide injecté.

Puisque tous les faits connus, et ils sont aujourd'hui nombreux, montrent que l'innocuité de l'emploi de la méthode nouvelle est en raison directe de la moindre densité de l'agent coagulant, pourquoi n'abaisserait-on pas encore le degré de concentration du perchlorure de fer et n'essayerait-on pas des solutions à 15 degrés et même à 10 degrés? Nos expérimentations sur les animaux ont prouvé qu'on obtient une coagulation complète du sang avec ces faibles solutions. N'oublions pas d'ailleurs que le caillot produit dans les tumeurs anévrysmales, se trouvant enfermé dans une sorte de diverticulum, ne reçoit pas directement le choc de l'ondée sanguine qui parcourt le tube artériel, et que, sans nul doute, grâce à ces conditions particulières, il doit être persistant.

En résumé, les points sur lesquels nous appellerons l'attention des expérimentateurs, car ils résultent des faits qui précèdent, sont :

1° L'action traumatique exercée par la piqûre du trocart,

et qui doit faire réduire la manœuvre opératoire à la simple ponction de l'anévrysme, et à la projection du perchlorure en un seul point de la tumeur.

2° La nécessité d'exercer une compression sur l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, afin de prévenir la migration des caillots produits.

3° Le danger de dépasser le chiffre de 20 degrés pour le titre des solutions de perchlorure de fer destinées à ces opérations, sous peine de s'exposer à des accidents inflammatoires.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale, comprenant la géographie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., par MM. Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy; Le Bret, médecin inspecteur adjoint des eaux d'Uriage; Lefort, pharmacien, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris; avec la collaboration de M. J. François, ingénieur en chef des mines, pour les applications de la science de l'ingénieur à l'hydrologie médicale. La 1re livraison, in-8 de 192 pages.

Influence du choléra sur les maladies dans le cours desquelles il survient, par M. le docteur Limosin.

Nouveau traitement de la fièvre typhoïde, par M. J.-F. Magonty.

Théorie de l'ophthalmoscope, avec les déductions qui en dérivent, etc., par M. Félix Giraud-Teulon.

Third Report of the clinical Hospital, Manchester.

Istorico-fisico ragionamento sulle culture umide delle terre pallustri dello Stato pontificio, etc., par M. le docteur Agostino Cappello.

Notice des travaux de la Société de médecine de Bordeaux pour 1858, par M. le docteur E. Desgranges.

Annales de la Société de médecine d'Anvers. Janvier à mars.

Montpellier médical. Mai.

Journal de chimie médicale. Mai.

Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire Inférieure, 35e vol., 181e livraison.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 14.

Notice sur l'eau minérale de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme), par M. A. Chevallier.

De l'emploi du nitrate d'argent contre certaines maladies chroniques des organes génito-urinaires, par M. le docteur P.-S. Ségalas.

Recherches sur l'alcalinité comparée des eaux sulfureuses des Pyrénées, par M. Filhol.

Mémoire sur les polypes du vagin, par M. Letenneur.

Tumeur fibro-plastique du cou, extirpée avec succès, par le même.

Lettres philosophiques et historiques sur la médecine au XIXe siècle, par le docteur P.-Y. Renouard.

Quelques remarques théoriques et pratiques sur la fièvre typhoïde, par le même.

Traité de l'art de formuler, par MM. Trousseau et O. Réveil, 2e édition, 1859.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 15.

La Revue médicale française et étrangère, 15 mai.

Journal de pharmacie et de chimie. Mai.

Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire. 1858.

Recueil des procès-verbaux des séances de la Société de médecine pratique. 1858.

Bulletin des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Avril.

La Revue thérapeutique du Midi, 15 mai.

Répertoire de pharmacie. Mai.

Le Progrès, n. 20.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 23.

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, n. 2.

L'Abeille médicale, n. 21.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 20.

Gazette médicale de Paris, n. 21.

La Clinique européenne, n. 21.

L'Union médicale, n. 59 à 61.

Gazette des hôpitaux, n. 59 à 61.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 59 à 61.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 20.

SÉANCE DU 31 MAI 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur Fabas sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur pour l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur Finaz sur le service des eaux de Charbonnières pour l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur Sibille sur le service médical des eaux de Plombières pour l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur Marbotin sur le service des eaux de Saint-Amand, année 1857. — Un rapport de M. le docteur Auphan sur le service des eaux minérales d'Euzet et de Saint-Jean-de-Ceyrargues, année 1857. — Un rapport de M. le docteur Buissard sur le service médical des eaux de la Motte pendant l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur Lemaire sur le service médical des bains de mer de Dunkerque pendant l'année 1857. — Des échantillons d'une eau minérale située dans la commune de Madic (Cantal), pour être analysée dans le laboratoire de l'Académie. (*Commission des eaux minérales.*)

II. La recette d'un remède auquel on attribue la propriété de guérir l'hydrophobie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Allier, de la Charente, de la Nièvre, du Doubs, des Deux-Sèvres et de l'Aveyron. —

Un rapport de M. le docteur CHEVANCE sur une épidémie de variole qui a régné dans le canton de Vassy. — Un rapport de M. le docteur DEHOEY sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Nivernet. — Un rapport de M. le docteur MILLON sur la grippe qui a régné à Revel. — Un rapport final de M. le docteur BOLUT sur l'épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Souvans. — Trois rapports de M. le docteur YVAREN et un rapport de M. le docteur DEVILLE sur diverses épidémies qui ont régné tant à Avignon qu'à Saint-Saturnin. (*Commission des épidémies.*)

IV. Une lettre de rappel de rapport sur l'instrument soumis à l'Académie par le sieur QUILICI. (Renvoi à la *Commission nommée*, dont M. Depaul est rapporteur.)

V. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements de la Gironde, du Lot, de la Haute-Marne, de la Moselle, de la Sarthe et des Vosges. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur MAIRE (du Havre) soumet au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : *Circulation nerveuse.* (*Commissaires :* MM. Longet, Poiseuille et Robin.)

II. M. le docteur BLONDLOT adresse à l'Académie un mémoire sur l'influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénieux; il envoie en même temps l'exposé de ses titres à la place de correspondant. (Le mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Chevallier, Boudet, Devergie et Poggiale.)

III. De l'emploi de l'électricité dans le traitement des paralysies de la vessie et de certains catarrhes vésicaux, par M. PÉTREQUIN. (*Commissaires :* MM. Gavarret, Cloquet et Civiale.)

(Extrait par l'auteur.)

L'électricité me paraît appelée à rendre de notables services dans la paralysie de la vessie et dans le catarrhe de cet organe. C'est ce que je vais essayer de démontrer, en tenant

compte des travaux antérieurs, et en ayant soin de discuter plusieurs points méconnus ou du moins négligés de diagnostic et de thérapeutique, relatifs à ces deux états morbides.

Il existe diverses espèces de paralysie de la vessie qu'il importe de distinguer pour le pronostic et le traitement. Tantôt la maladie est essentielle ou primitive, et alors on l'a vue survenir à la suite d'un trouble du système nerveux (commotion de la moelle), d'un excès de fatigue, d'une névrose rhumatique de la vessie, d'une intoxication telle que l'asphyxie par la vapeur du charbon ; l'une des causes les plus communes est un écart de régime. En pareil cas, il s'établit un cercle morbide vicieux : d'une part, la vessie ne peut accomplir la miction et l'urine y est retenue; d'autre part, ce liquide, en s'accumulant, distend la poche urinaire et lui fait perdre de plus en plus son ressort par le fait même de cette distension, qui est rapide et considérable. Or, dans ces cas, l'électricité a parfaitement réussi.

Tantôt, au contraire, la paralysie est symptomatique ou consécutive. Voici comment les choses se passent le plus ordinairement : Un obstacle survient sur le trajet des voies excrétoires; la vessie réagit avec succès au début, mais à mesure que l'obstacle augmente, le succès diminue. Ce surcroît d'énergie entraîne à la longue l'hypertrophie des parois vésicales pour les besoins de la lutte, mais la vessie finit par ne pouvoir plus se vider entièrement, elle se fatigue et s'énerve, ses parois ne pouvant plus revenir complétement sur elles-mêmes; il en résulte que cette tension prolongée leur fait perdre leur ressort, et que, malgré leur hypertrophie incessante, elles arrivent à se paralyser par le fait de l'obstacle qui résiste toujours. Il y a finalement hypertrophie et paralysie de la vessie.

L'électricité peut ici rendre de notables services dans deux circonstances différentes : 1° l'obstacle disparaît ou diminue; mais le mal est consommé et il survit à la cause qui l'a produit; la paralysie vésicale subsiste comme une maladie. Ce résultat fâcheux est généralement plus tardif et plus tenace chez les sujets débiles, et surtout les vieillards; 2° l'obstacle

est médiocre ou incomplet ; dès lors un surcroît dans l'énergie de la vessie pourra le vaincre, ou du moins rendre son influence moins sensible. Car, comme l'asthénie vésicale peut porter à croire qu'on a affaire à un obstacle plus considérable que celui qui existe, de même la suractivité de cet organe peut amoindrir les effets de la résistance qu'on a réellement à combattre ; telle est une hypertrophie modérée de la prostate. (Suivent quelques observations de paralysie, où l'électricité a parfaitement réussi.)

J'aborde maintenant une question qui est nouvelle dans l'espèce, je veux parler du traitement électrique de certains catarrhes vésicaux.

Y a-t-il réellement des catarrhes qui comportent ce mode thérapeutique? Quels sont-ils, et comment peuvent-ils être spécifiés? Commençons d'abord par écarter le catarrhe aigu et la cystite subaiguë, qui sont l'une et l'autre une contre-indication. Parmi les catarrhes chroniques, nous en signalerons un, celui que l'on rencontre chez les sujets débilités et les vieillards, et qui se complique toujours d'un certain degré d'inertie vésicale ; le catarrhe et l'inertie exercent alors l'un sur l'autre une réaction des plus fâcheuses. Ainsi, d'un côté, la vessie, affaiblie par l'âge ou par la maladie, ne peut plus revenir sur elle-même comme il conviendrait, ni se vider entièrement, et elle laisse stagner l'urine, qui s'altère ; de l'autre, le muco-pus du catarrhe, se mêlant à cette urine, en favorise la décomposition, et celle-ci devient âcre, fétide, ammoniacale ; elle réagit sur les parois vésicales, qu'elle irrite, et sur leur contractilité, qui s'épuise. A mesure que cet état se prolonge, on voit simultanément empirer le catarrhe et la paralysie, et avec eux les fâcheuses conséquences de cette complication morbide. Or, si par quelque moyen héroïque on pouvait enlever la paralysie d'emblée et rendre à la vessie son ressort, de manière à lui permettre de se vider entièrement en expulsant toute l'urine, sans lui laisser le temps de séjourner et de se corrompre, la scène changerait à coup sûr, et ce n'est pas là une vue purement spéculative, c'est une appréciation rigoureuse des faits cliniques.

Ainsi, dans l'observation qui va suivre, j'ai vu l'affection catarrhale se dissiper, et l'urine, de trouble et infecte, redevenir naturelle à mesure que la paralysie cédait au traitement électrique. J'ajouterai que l'étude attentive des faits de ce genre, publiés avec quelques détails, conduit à la même conclusion. Tel est, par exemple, le fait du colporteur âgé de soixante-sept ans, atteint de catarrhe et de paralysie de la vessie, et chez lequel M. Michon, après six semaines d'électricité, constata que les urines étaient rendues à volonté, et en même temps avaient perdu l'odeur ammoniacale et l'aspect trouble et puriforme que les essais thérapeutiques antérieurs n'avaient fait qu'augmenter. (*Bullet. thérapeut.*, t. XXXVIII, p. 350.) L'auteur ajoute : « Une chose m'avait préoccupé dans le traitement de ce malade, je veux parler de la fétidité et de la purulence des urines : l'un et l'autre de ces accidents ont disparu sans retour presque en même temps que la paralysie. Cette heureuse terminaison doit-elle être attribuée entièrement au rétablissement du cours des urines sous l'influence de la volonté ; ou bien l'électricité appliquée à la surface interne de la vessie agirait-elle à la manière de certaines injections stimulantes caustiques, employées avec efficacité contre des affections catarrhales de la vessie? Je ne suis, avoue M. Michon, je ne suis pas en mesure de répondre à cette question. » (*Ibid.*, p. 351.) Essayons de résoudre cette difficulté. Il est admis que l'électricité est un excitant des nerfs, et cela est incontestable, mais ce serait une erreur de croire que son action se borne à stimuler le système nerveux. Je ferai remarquer en effet qu'elle ne peut agir sur les nerfs de nos organes sans modifier aussi leurs fonctions. Tout se lie dans les phénomènes de l'économie animale, et l'innervation ne peut y être activée sans que les propriétés organiques ne le soient aussi. J'ai montré dans mon mémoire sur le traitement électrique de l'hydrocèle (*Gaz. médicale*, 22 janvier 1859), à quel degré l'électricité influence la perspiration cutanée, la sécrétion menstruelle, le flux hémorrhoïdal, la production de l'épistaxis, et les sécrétions en général. Pour la pyogénie en particulier, rappelons que M. de Humboldt a démontré par

d'intéressantes expériences que les caractères physiques et chimiques du pus se modifient sous l'influence du galvanisme, et ceci commence à nous donner la clef du problème que nous étudions. J'ajouterai que M. Orcoli a fait voir, de son côté, que l'électricité joue un rôle important dans la formation des diverses humeurs, soit en santé, soit en maladie; et il en a fait une ingénieuse application à la thérapeutique des plaies et des ulcères. Ainsi, il a fait passer dans les parties malades une électricité contraire à celle qu'indiquait le liquide qui y prenait naissance; suivant que les plaies présentaient des caractères trop acides ou trop alcalins, il appliquait le pôle négatif ou positif, afin de faire apparaître un principe capable de neutraliser le produit dominant. Une prompte guérison est venue confirmer la justesse de ces inductions. (*Annales de chimie et de physiologie*, t. LII.) Ainsi se trouve dévoilé le secret des phénomènes, jusqu'ici inexpliqués, que l'on rencontre dans le catarrhe mucoso-puriforme qui coexiste avec une rétention d'urine. J'espère avoir fait comprendre comment, en combattant la paralysie de l'organe, le courant électrique en modifie et en régularise la sécrétion, à mesure qu'il ramène la vitalité à son type normal; et, si je ne me trompe, l'introduction méthodique de ces notions dans la pratique viendra ouvrir à l'art une voie nouvelle, fertile en résultats avantageux (1).

Je soumets à l'examen de l'Académie une observation clinique qui représente et résume l'ensemble de ces recherches, et dont voici le titre : *Hématurie traumatique, paralysie de la vessie, rétention complète d'urine, complication de catarrhe vésical; insuccès de divers traitements, guérison par l'électricité.*

Cette observation me semble digne de remarque à plusieurs points de vue : non-seulement la rétention d'urine avait résisté aux divers moyens mis en usage, mais encore, au lieu de s'a-

(1) Je signalerai en particulier l'*incontinence d'urine* qui affecte tous les âges, le jeune garçon comme le vieillard, et pour le traitement de laquelle l'électricité rendra d'importants services.

mender, le mal ne faisait qu'empirer; le catarrhe vésical s'ajoutait à la paralysie de la vessie; je ne prétends point que la malade dût être déclarée incurable; mais nous avions affaire à un vieillard, c'était une troisième récidive, les deux premières attaques avaient été graves et compliquées d'accidents : la mauvaise nature des urines et le fâcheux état de la muqueuse vésicale autorisaient à craindre des complications funestes. En moins de quarante-huit heures, l'électricité a opéré une révolution complète; l'état du malade a changé du tout au tout. Sans doute on eût pu à la longue le guérir autrement; mais ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que par aucune espèce de traitement la guérison n'eût été aussi prompte, aussi simple et aussi heureuse.

Il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel mode d'électrisation, comme je l'ai établi, dès 1845, dans mes *Recherches sur la galvano-puncture dans les anévrysmes*. Les appareils d'induction qui donnent des courants voltafaradiques réalisent les conditions les plus favorables pour combattre avec succès les paralysies. Dans la pratique il ne faut point oublier que si le courant électrique qu'on dirige sur un nerf n'a qu'une énergie modérée, il semble remplacer ou renforcer seulement l'action physiologique de ce nerf qui fait défaut; mais que, sous l'influence trop prolongée des courants électriques, même modérés, l'excitabilité des nerfs s'affaiblit graduellement et peut même s'épuiser; que, d'autre part, toute action des courants électriques tend à se propager à l'ensemble du système nerveux et à produire des effets réflexes, effets d'autant plus redoutables que les courants ont plus d'intensité. Il importe, en général, de faire des séances courtes et de recourir à une électrisation tempérée et localisée sur les nerfs à exciter. Voici ce que l'anatomie nous enseigne pour ceux de la vessie : « Les nerfs de la vessie sont fournis par le *plexus vésical*, dépendance du plexus hypogastrique, qui lui-même émane du plexus sacré. Ce dernier est formé à la fois par la portion pelvienne du grand sympathique et par les branches vésicales des nerfs sacrés rachidiens, lesquels, unis au lombo-sacré, se terminent par le nerf

sciatique; le plexus vésical communique avec le plexus hémorrhoïdal, autre émanation du plexus sacré; on est dès lors conduit physiologiquement à appliquer l'électricité au traitement de la paralysie vésicale, en portant un excitateur dans la vessie et un autre dans le rectum » (Pétrequin, *Anatomie topographique*, 1857, p. 400). C'est ce que nous avons fait; de plus, j'ai laissé l'urine dans la vessie (au lieu de la vider comme on le faisait avant nous), afin qu'elle servît de conducteur sur toute la surface interne de l'organe. Enfin nous avons, pour agir sur la face antérieure et le sommet de la vessie, porté un excitateur au centre de l'hypogastre; j'avertis qu'il faudra n'y revenir qu'avec réserve, pour éviter des effets réflexes, ce qui ne manquerait guère d'avoir lieu si l'on s'écartait vers la rainure des cuisses ou les épines iliaques.

IV. Mémoire sur les doctrines médicales, par M. le docteur Renouard. (*Commissaires :* MM. Jolly et Gibert, *rapporteur.*)

V. M. Mattei adresse à l'Académie une note sur l'influence qu'exerce le contact de l'air dans la manifestation des symptômes syphilitiques. (*Commissaires :* MM. Velpeau, Ricord, Devergie, Depaul et Gibert, *rapporteur.*)

VI. M. le docteur Courty informe l'Académie qu'il désire être compris au nombre des candidats correspondants de la compagnie, et envoie en même temps l'exposé des titres qu'il fait valoir à l'appui de sa candidature. (*Commission des correspondants.*)

VII. M. le docteur Le Bèle (du Mans) adresse ses remercîments à l'Académie pour la médaille qui lui a été décernée par la Commission des épidémies.

VIII. M. le docteur Despine (d'Aix en Savoie) adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il signale un nouveau procédé qui lui a parfaitement réussi, pour la conservation des eaux sulfureuses de *Challes* et celles de *Marlioz*, près d'Aix en Savoie, et qui paraît applicable à toutes les eaux de même nature. Il consiste à recouvrir l'eau minérale à conserver

d'une couche d'huile d'olive de 2 centimètres d'épaisseur. C'est, dit l'auteur, par ce procédé, qui me fut indiqué en 1856 par un chimiste distingué de Bruxelles, M. Melsens, que depuis deux ans je conserve de l'eau de Challes, laquelle, depuis ce temps, n'a perdu aucune de ses qualités. (*Commission des eaux minérales.*)

—

RAPPORTS.

Rapport de M. DEVERGIE *sur l'inapplicabilité de l'article* 378 *du Code pénal à la description d'une maladie non encore connue.*

M. Putégnat, correspondant de l'Académie, a posé à la Compagnie la question suivante dans une lettre en date du 20 mai 1859.

Un praticien a-t-il le droit, malgré l'article 378 du Code pénal, de faire connaître une forme *non encore décrite* d'une maladie, et une cause *non encore connue* d'une autre affection qu'il a consciencieusement étudiée dans certains ateliers d'une manufacture?

Considérant que l'article 378 du Code pénal est ainsi conçu :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou professions, *des secrets qu'on leur confie*, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateur, *auraient révélé* ces secrets, seront punis, etc.;

Considérant que le médecin qui est appelé à donner des soins dans une manufacture où il *reconnaît* une maladie *non encore décrite*, qui amène la mort ou compromet l'existence des ouvriers, et qui constate une cause *non encore connue de maladie*, n'est pas dépositaire d'un secret *qui lui a été confié*, et ne rentre pas dans la catégorie des médecins spécifiés dans l'article 378 du Code pénal;

Que s'il en était autrement ce serait fermer une porte à la science et à l'étude de l'hygiène publique et privée;

Que ce serait enlever à une catégorie d'ouvriers les bénéfices d'une découverte qui peut les mettre à l'abri de maladies contractées dans l'exercice de leur état;

J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. Putégnat qu'elle pense que non-seulement il peut communiquer à l'Académie ou publier, dans un journal scientifique, le résultat de ses observations, mais encore que c'est pour lui un devoir de le faire, dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

DISCUSSION.

Contagion des accidents secondaires de la syphilis.

M. Ricord : Messieurs, dans l'importante question qui nous occupe aujourd'hui, et qui intéresse à un si haut degré l'hygiène et la médecine légale, j'ai cherché, comme tout le monde, la vérité, convaincu qu'il y avait autant de danger d'admettre à la légère la contagion des accidents secondaires qu'à la repousser.

Peu satisfait, sous ce double rapport, des observations que possédait la science, et ne me contentant pas de l'opinion générale, qui n'est pas toujours la plus juste, j'eus recours, pour élucider la question, à un procédé d'exploration qui semblait promettre des résultats plus positifs que ceux ordinairement fournis par la clinique.

L'inoculation artificielle interrogée, au point où Hunter avait laissé la science, et où elle est encore aujourd'hui pour beaucoup de personnes, relativement à la nature des accidents réputés primitifs, me démontra, ce qui est encore vrai, que le chancre *seul* était inoculable à l'individu qui en était déjà affecté.

Pour ceux qui n'admettent qu'une seule espèce de chancre,

et, si je ne me trompe, M. le rapporteur est de ce nombre, c'est une vérité qui reste encore inébranlable ; et les lois que j'ai posées pour une des variétés, aujourd'hui, pour quelques personnes, une des espèces du chancre, le *chancre mou*, n'ont à subir aucun changement.

Il était admis, et il est encore admis par les antagonistes de mon école, qu'une première infection n'en empêchait pas une autre ; la doctrine de *vérole sur vérole* avait cours dans la science, et est encore, je crois, professée par M. Gibert, car je ne sache pas qu'il admette celle que j'enseigne, à savoir : *que la diathèse syphilitique ne se double pas plus que les autres diathèses.*

Si donc je n'avais pas eu raison sur l'unicité de la diathèse, les accidents secondaires, s'ils étaient réellement contagieux, inoculables, devaient pouvoir s'inoculer aussi aux sujets déjà infectés.

L'auto-inoculation, *la seule que je me sois jamais permise*, resta toujours, dans mes mains, comme dans celles de beaucoup d'autres, absolument négative.

L'observation clinique, dans l'énorme majorité des cas, me dit alors, comme aujourd'hui, que les ulcères vénériens primitifs, envisagés d'une manière générale, et mieux déterminés par mes observations cliniques et par les recherches de mes élèves, étaient la source habituelle, générale de la contagion, pour se reproduire dans leur espèce. (MM. Bassereau, Clerc.)

Sans doute, sur un théâtre aussi vaste que celui où il m'a été donné d'observer, j'ai rencontré des exceptions qui échappaient à cette règle générale ; mais alors on pouvait encore trouver des explications rationnelles jusqu'à plus ample informé. Aussi, tout en formulant, dans un premier traité, les caractères qui paraissaient propres aux accidents secondaires, au point de vue de la non-contagion et de *leur non-inoculabilité sur le sujet déjà infecté*, je restai toujours dans une sage réserve, dont quelques-uns de mes disciples et surtout mes antagonistes ont cherché à me faire sortir.

J'aurais pu, cependant, me montrer plus absolu, car je pouvais m'appuyer, en outre, sur des faits négatifs, il est vrai, mais tirant une grande valeur du nom des observateurs et des circonstances dans lesquelles ils étaient observés, circonstances qui les rapprochaient, autant que possible, des conditions des faits d'expérience. Telles sont les observations consignées dans le mémoire lu, en 1854, à la Société de chirurgie, par mon distingué collègue, M. Cullerier, et dans un mémoire de mon excellent ami, M. Venot, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux.

Malgré ma lutte de 1852, contre des faits qui ne me paraissaient pas probants, voici ce que j'écrivais en 1840 dans les Additions et Notes de la 1re édition de Hunter (traduction de M. le docteur Richelot), et encore plus récemment dans les éditions de 1852 et de 1859 (page 789 de cette dernière édition) :

« Je partage ici complétement l'avis de M. Babington, seu-
» lement je pense que, jusqu'à présent, on n'a pas encore
» bien déterminé la nature absolue des accidents qui peuvent
» se transmettre des enfants aux nourrices, et que tel acci-
» dent réputé secondaire, transmissible, pouvait bien avoir
» été d'abord primitif, comme aussi, dans quelques cas, telle
» nourrice qui disait avoir été infectée par son nourrisson,
» pouvait bien avoir contracté la syphilis autrement. Quoi qu'il
» en soit, dans l'état actuel de la science, si l'explication
» laisse encore beaucoup à désirer pour satisfaire complète-
» ment tous les esprits, il existe un grand nombre d'observa-
» tions incontestables de syphilis transmise de nourrisson à
» nourrice, et *vice versâ*. »

Vous le voyez, Messieurs, en manifestant une tendance personnelle, je me gardais bien de vouloir arrêter les progrès de la science. Je demandais, au contraire, de nouvelles observations, de nouvelles recherches, de nouvelles investigations, pour asseoir définitivement ce point de doctrine, afin d'indemniser de pauvres nourrices, si vraiment elles étaient vic-

times, ou bien faire condamner l'imposture et le *chantage*, malheureusement si fréquents.

Jusqu'à ce jour, j'ai laissé faire, j'ai laissé dire, j'ai laissé écrire; indifférent à quelques injustices, à de nombreux oublis, parfois même à l'ingratitude; j'observais dans le calme et j'attendais dans le silence que nous pussions être d'accord.

On croit aujourd'hui être arrivé à cet heureux résultat, auquel, soyez-en bien convaincus, Messieurs, je serais le premier à applaudir, car je ne sache rien de plus facile, pour moi, que de céder sur un point de doctrine en litige dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

J'arrive donc au rapport de notre honorable collègue.

J'ai fait partie de la commission, et membre obligé d'une opposition réservée, il m'a été impossible d'accepter ce rapport sans commentaires.

Je n'ai pas à discuter ici des faits cliniques qui ne sont pas rappelés, je ne m'occuperai que de la partie expérimentale qui sert de principale base au rapport.

Des personnes étrangères à la science syphiliographique et aux recherches faites depuis moi pourraient, à en croire M. le rapporteur, penser que tous les expérimentateurs dont il invoque le témoignage sont absolument d'accord entre eux et avec lui.

Eh bien, il n'en est rien!

Voyons d'abord le terrain sur lequel on a expérimenté.

J'ai dit, après Hunter, que l'inoculation restait négative sur le malade déjà infecté.

M. Waller a positivement dit et affirmé que l'inoculation des accidents secondaires restait sans effet sur le sujet déjà malade, et ne pouvait réussir que sur un individu sain.

M. Rollet est aussi absolu, sinon plus, que M. Waller lui-même.

Wallace, probablement dans un esprit de conciliation, car il est impossible d'expliquer scientifiquement son opinion, dit que si l'accident secondaire ne peut pas être inoculé sur l'in-

dividu qui en a fourni le produit, ce produit peut, cependant, être inoculé à une autre personne déjà infectée.

Enfin, Vidal, que tous les contagionistes citent et n'ont peut-être pas songé à commenter, prétendait, comme l'ont prétendu, après lui, M. Bouley et d'autres observateurs, que l'accident secondaire était inoculable sur le malade lui-même ou sur un autre sujet déjà infecté.

Que répond à cela le chirurgien de l'Antiquaille?

Dans cette première catégorie de faits, où est la vérité, où est l'erreur?

Quant à la contagion d'un individu malade à un individu sain, tout le monde paraît d'accord; je dis *paraît*, car un de mes disciples les plus fervents malgré ses dissidences, M. Diday, chirurgien distingué de Lyon, admettant la contagion du nourrisson à la nourrice, est un de ceux qui ont le mieux combattu les faits de contagion d'accidents secondaires en dehors de la lactation. Que faut-il croire?

A quelle forme d'accidents secondaires le pus inoculé a-t-il été ordinairement emprunté?

C'est plus particulièrement aux *plaques muqueuses*, *tubercules plats*, *condylomes plats*, *tubercules muqueux*, *pustules plates humides*, synonymie d'une même forme d'accidents, ceux qui, d'ordinaire, succèdent le plus rapidement aux chancres, soit sur place, dans ce que j'ai appelé la transformation, *in situ*, métamorphose facile à observer et à suivre; soit à distance.

La forme ecthymateuse, que l'accident primitif le moins contestable peut affecter, a été aussi une source à laquelle on a quelquefois puisé. Cette forme, on le sait, lorsqu'elle appartient au *chancre mou*, est toujours inoculable sur le sujet lui-même; mais aussi, comme l'expérience me l'a démontré, ainsi qu'à M. Bassereau, elle peut parfois s'inoculer, lorsqu'elle appartient au chancre induré, quoi qu'en dise le chirurgien de l'Antiquaille. (Voir l'ouvrage remarquable de M. Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatique de la syphilis*, p. 297.)

Qu'ont produit les inoculations faites par les différents expérimentateurs?

Ce produit a-t-il toujours été le même?

On devrait supposer qu'il en serait ainsi : *Même graine, même fruit.*

Eh bien! sous ce rapport encore, il y a une dissidence manifeste. Les uns, Vidal en tête, ont donné lieu, tantôt à des vésico-pustules, à des pustules suivies d'ulcérations; tantôt à des ulcérations suivies de papules, et tantôt à des papules s'ulcérant et se couvrant de croûtes.

D'autres expérimentateurs, MM. Waller, Wallace, Bouley, et notre honorable rapporteur, affirment n'avoir produit que des *papules, plaques muqueuses, pustules muqueuses, condylomes plats,* accidents que M. Gibert surtout considère comme appartenant rigoureusement à la classe des accidents secondaires, absolument semblables à ceux auxquels ils doivent leur origine et impossibles à différentier : d'où il suit que, si on les observait chez un malade chez lequel on ne les aurait ni plantés ni vus naître, il serait impossible de savoir s'ils sont le résultat d'une contagion ou le fait d'une infection antérieure.

Qu'il me soit permis de faire observer, en passant, qu'il est très remarquable que des praticiens distingués, qui ont de la peine à admettre les différentes variétés du chancre, et encore plus les différentes espèces, créent de toute pièce une syphilis particulière qui ne se transmet plus que sous la forme secondaire, promettant ainsi de faire disparaître dans l'avenir le véritable accident primitif : le *chancre.*

Sous le rapport des produits viennent, en dernier ressort, MM. Langlebert et Rollet, qui s'éloignent beaucoup moins de moi que veut bien le dire M. le rapporteur, car, en élaguant de la discussion les diversités de dénominations et les différentes manières de diagnostiquer, si la syphilis secondaire, comme je serais disposé à l'admettre, est transmissible autrement que par la gestation et l'hérédité, c'est au chancre, *au chancre induré,* symptôme initial, obligé, ainsi que je l'ai toujours professé, qu'elle doit donner naissance.

Mais ce chancre, produit de la contagion secondaire, diffère-t-il de celui qui résulte de la contagion du chancre infectant primitif? a-t-il des caractères qui puissent le faire aisément distinguer, de telle façon que, sans la connaître d'avance, on puisse remonter à la source qui l'a fourni?

Eh bien, non.

Est-ce tout? Non encore, messieurs : les contradictions s'étendent jusqu'au siége où doivent se développer les produits de l'inoculation. Presque tous les expérimentateurs veulent que le résultat de l'inoculation naisse sur le lieu même qui a été inoculé; mais que font-ils alors de l'autorité tant invoquée de M. Waller, qui, plantant du sang syphilitique sur la cuisse d'un enfant affecté de lupus, vit pousser en même temps deux tubercules sur le point inoculé et un autre sur une épaule qu'il n'avait pas songé à inoculer?

Que fait-on des enfants qui, n'ayant rien à la bouche et ne présentant, par exemple, qu'un onyxis du gros orteil ou d'autres accidents aussi éloignés des voies habituelles de la contagion, sont accusés d'avoir communiqué des chancres aux mamelons de leurs nourrices?

Voyons maintenant si l'incubation peut servir à quelque chose.

Dans la contagion accidentelle ou vulgaire de chancre à chancre, dans celle que nous avons étudiée par nos confrontations récentes si nombreuses faites pour élucider la question si importante des deux espèces de chancres, l'époque d'apparition, ainsi qu'on peut s'en assurer tous les jours dans la pratique et comme cela est, du reste, écrit par M. Gibert lui-même, est ordinairement beaucoup moins longue que celle qui a été notée dans le rapport pour la contagion des accidents secondaires.

Mais quelquefois, dans la contagion de chancre induré à chancre induré, on trouve des époques d'apparition très tardives, si l'on en croit les malades, tandis que, dans les faits d'inoculation d'accidents réputés secondaires, soit avec le pus de plaques muqueuses, soit avec le pus d'ecthyma, Vidal a constaté des développements aussi rapides et sans

plus d'incubation que n'en donne le pus du chancre mou.

La longue incubation du pus fourni par les accidents secondaires peut-elle donc être rigoureusement considérée comme un signe différentiel suffisant pour distinguer des accidents nés d'accidents primitifs de ceux qui sont le produit d'accidents secondaires? La réponse est encore négative.

Ainsi, messieurs, vous le voyez, et la première conclusion du rapport en fait foi, c'est toujours la *plaque muqueuse* qui est donnée comme accident contagieux par excellence, sans qu'on ait pu déterminer la limite des autres formes contagieuses.

D'autre part, il n'y a aucune valeur réelle à accorder à l'incubation, comme signe différentiel.

Enfin les expérimentateurs ne peuvent même se mettre d'accord sur les formes produites.

D'où je conclus que le rapport qui sera adressé à M. le ministre, en réponse à sa demande, devra se renfermer dans la réserve la plus rigoureuse, admettant, si vous le voulez, la possibilité de la contagion des accidents secondaires, mais sans rien spécifier de plus quant à présent. *Fiat lux!*

— M. Gibert : Je suis un peu pris au dépourvu. Croyant que M. Ricord avait demandé quinze jours avant de répondre, je n'ai pas apporté mon rapport; d'ailleurs, je ne sais vraiment pas sur quoi porte l'argumentation de M. Ricord. Il prétend que les expérimentateurs ne sont pas d'accord sur les formes des accidents reconnus inoculables; mais on a observé que toutes les formes étaient inoculables; par conséquent, l'objection est nulle contre la transmission de ces accidents secondaires.

Quant à l'objection que M. Ricord tire contre nos expériences de la période d'incubation, elle repose sur une opinion qui lui est propre, sur la negation de cette incubation. Il l'a niée, en effet, et, s'il ne se le rappelle pas, je lui apporterai le livre dans lequel cela se trouve. Quant à nous, nous admettons et avons toujours admis une incubation, même pour les accidents primitifs.

Je persiste donc dans les deux propositions qui font la base de mon rapport, et j'ajoute que ce rapport n'a pas été conçu le moins du monde dans un esprit de critique personnelle contre M. Ricord. S'il doit modifier quelques-unes de ses opinions, personne ne s'en étonnera. M. Ricord a pris pour épigraphe d'un de ses livres — d'après une assez triste autorité, du reste — ce vers :

« L'homme absurde est celui qui ne change jamais. »

On ne lui reprochera donc rien ; c'est sa profession de foi.

— M. Ricord : Je suis convaincu, comme M. Gibert, que le plus grand obstacle du progrès est l'entêtement, et c'est ce que signifie mon épigraphe. M. Gibert a écrit, lui aussi ; je lui demanderai à mon tour s'il se rappelle ce qu'il a dit de la pustule muqueuse primitive? A-t-il dit qu'elle devait être le résultat d'une contagion secondaire? qu'elle devait être précédée d'une incubation d'une, de deux ou de trois semaines ? A-t-il établi rigoureusement le diagnostic différentiel entre ce qu'il nomme les pustules muqueuses primitives et les pustules muqueuses secondaires ? Peut-il, à l'inspection d'un accident secondaire et par la considération du temps d'incubation écoulé, remonter à sa source et savoir s'il provient de l'inoculation directe d'un accident secondaire ou d'un accident primitif qui a suivi ses phases d'évolution ? Dans la contagion ordinaire par le chancre, il est très fréquent d'observer l'apparition des accidents secondaires dès la troisième ou la quatrième semaine. Or, c'est précisément le temps d'incubation admis par M. Gibert pour les accidents secondaires inoculés. Je demande donc encore une fois si l'incubation est un signe suffisant pour distinguer ces formes ou primitives ou secondaires ; en d'autres termes, s'il est possible de remonter à la source des produits qu'on a actuellement sous les yeux.

Je ne veux pas nier la contagion des accidents secondaires que jusqu'ici l'observation clinique ne m'avait pas démontrée et en faveur de laquelle vous invoquez des expériences que, pour mon compte, je n'aurais jamais osé faire ; mais je dois

dire que, au point de vue de la médecine légale surtout, ces expériences ne me semblent pas suffisamment précises et que les expérimentateurs ne me semblent pas suffisamment d'accord.

— M. Moreau : M. Ricord soulève des questions de doctrine très intéressantes sans doute, mais *non est hic locus.* M. le ministre demande si les accidents secondaires sont transmissibles. Tout le monde répond oui, y compris M. Ricord. Tenons-nous-en là. Qu'importent les formes si la maladie est la même!

— M. Ricord : Je crois que les formes importent beaucoup, parce que, dans toute science, il est important de préciser. Avec le laisser-aller de M. Moreau, nous retomberions dans le vague du moyen âge; nous reviendrions aux syphilis transmises par les paroles dites à l'oreille, etc.

— M. Gibert : Ce vague vaut mieux que des lois fausses!

— M. Ricord : Mais c'est justement pour cela que je m'élève contre les lois que vous posez.

— M. Depaul : M. Ricord n'a dit qu'un seul mot de l'objet même du rapport; mais ce mot nous suffit. Il admet la transmissibilité des accidents secondaires. Nous ne lui demandons pas autre chose; nous nous étonnons seulement qu'il n'ait pas signé le rapport.

— M. Gibert : Je suis le premier à blâmer les inoculations sur des sujets sains, et pour rien au monde je ne voudrais les recommencer. C'est une mauvaise action; mais elles nous ont été imposées, en quelque sorte, par l'obstination de nos adversaires qui nous accusaient de manquer de rigueur dans nos observations cliniques. Elles étaient, d'ailleurs, nécessaires pour un rapport académique. Elles ont été faites en petit nombre, et le résultat que nous obtenons par elles aujourd'hui les justifie en partie, car elles convertissent M. Ricord. Il ne nous reste qu'à lui exprimer notre reconnaissance pour son acquiescement et à passer au vote de nos conclusions.

— M. Velpeau : Je constate avec satisfaction que nous avons une grande tendance à nous rapprocher, et ce dessein est si louable, que je ne veux pas entrer dans la discussion des détails. Tout le monde admet la transmissibilité des accidents secondaires, et c'est l'opinion que j'ai soutenue, en 1852, contre M. Ricord. Mais j'ai bien vu, en relisant ce qu'a écrit M. Ricord sur ce sujet, qu'il n'était pas aussi absolu que nous le croyions alors; il voulait seulement repousser, comme insuffisantes, une foule de preuves invoquées en faveur de cette transmissibilité, et, en cela, je suis un peu de son avis.

Aujourd'hui, je me demande ce que va faire M. le ministre du vote qu'il réclame de l'Académie; dans quel but il nous a saisis de cette question, et jusqu'à quel point il est convenable de répondre à l'administration supérieure ce que pense l'Académie de la transmissibilité des accidents secondaires. Veut-on décréter, par une loi, que ces accidents sont contagieux et lesquels le sont?

— M. Gibert : M. le ministre a adressé ces questions à l'Académie dans un intérêt d'hygiène et de médecine légale.

— M. Devergie : On s'est beaucoup préoccupé de la médecine légale dans cette discussion, et cependant les théories médicales la touchent peu. C'est une science de faits, et de faits toujours nouveaux.

Dans l'espèce, le magistrat met le médecin en présence d'une nourrice et d'un enfant tous deux infectés. Il lui demande de déterminer lequel des deux a infecté l'autre. Ce ne sont pas dans des idées théoriques que le médecin légiste doit puiser ses convictions, mais bien dans la forme, le début et l'évolution que l'affection syphilitique a suivie chez l'un et chez l'autre.

— M. Gibert : Les théories ne sont cependant pas sans influence sur les déterminations des experts. Dans un procès récent, on a vu M. Ricord poser des conclusions diamétrale-

ment opposées à celles de ses adversaires. Le tribunal lui a donné tort; mais il n'en est pas moins vrai que les questions de doctrine ont une importance considérable sous le rapport médico-légal.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Gibert relit les conclusions de son rapport :

1° Il y a des accidents secondaires ou constitutionnels de la syphilis manifestement contagieux...

— M. Ricord : Il y en a donc qui ne le sont pas! Pouvez-vous dire lesquels, le savez-vous?

— M. Barth : La question qui s'agite en ce moment est tellement grave, tellement importante, qu'il me semble que l'Académie se presse trop de voter. Je voudrais qu'on prît le temps de la réflexion, et qu'on ajournât à huitaine pour prendre une décision définitive.

— M. Bouillaud : J'appuie la proposition de M. Barth ; ce qui se passe aujourd'hui est un véritable événement, et l'Académie doit éloigner toute précipitation. Que dira l'école de M. Ricord en apprenant qu'il se rallie, presque sans discussion, à la doctrine de la transmissibilité qu'il combat depuis tant d'années? Pendant la Révolution, qui dévorait ses enfants, à l'exemple de Saturne, un des amis de Danton, croyant profondément à son innocence, devint fou après la condamnation de celui-ci, et, soigné par Pinel, il répétait sans cesse : Danton, un traître! — Pour mon compte, je tombe de mon haut, en voyant M. Ricord céder aussi facilement le terrain à ses adversaires. N'avait-il donc pas des convictions depuis longtemps arrêtées, et devait-il en quelque sorte *se rendre* qu'à lui-même?

— M. Gibert : Sans doute, il ne faut pas de précipitation ; mais il ne faut pas non plus de faiblesse. Qu'attendrions-nous pour voter? Il y a trois cents ans que l'observation se continue et a prononcé dans le même sens que le rapport. Nous pouvons donc le voter.

— M. Ricord : Je proteste contre l'assertion de M. Gibert,

et je suis loin de croire que la science n'ait pas varié depuis trois cents ans. J'ajoute, en réponse à M. Bouillaud, que si j'ai fait une aussi longue opposition à la doctrine de la transmissibilité des accidents secondaires. c'est que, d'une part, les fauteurs de cette doctrine n'étaient pas d'accord entre eux et ne s'appuyaient que sur des observations cliniques contestables et susceptibles d'être interprétées autrement ; et que, d'autre part, je n'avais pas fait d'inoculations sur des individus sains. Aujourd'hui, ces expériences ont été faites ; je ne puis m'élever contre elles. Toutefois, j'attendrai pour avoir une conviction sans réserve à cet égard, que mes observations personnelles me l'imposent et non les observations de M. Gibert.

— M. le Président met au voix la proposition d'ajournement faite par M. Barth. Elle est repoussée.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée.

— M. Gibert lit la deuxième conclusion, qui est adoptée après quelques mots échangés entre MM. Bouillaud, Cazeaux et Gibert.

— M. le Président déclare que la discussion est close.

—

RAPPORT.

Sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la Cirrhose, par M. Sappey. — (*Commissaires :* MM. Barth, Robert, et Ch. Robin, *rapporteur.*)

Vous nous avez chargés, MM. Barth, Robert et moi, de vous faire un rapport sur un mémoire dans lequel M. Sappey s'est proposé de déterminer une des voies par lesquelles le sang de la veine porte est ramené dans la veine cave lorsqu'il ne trouve plus un libre passage à travers le foie.

Bien que restreint en apparence, ce sujet acquiert une grande importance lorsqu'on envisage ses relations avec les questions analogues d'anatomie pathologique.

Dans ce travail, M. Sappey cherche à prouver :

1° Que la veine, qui dans certains cas de cirrhose fait communiquer la veine porte avec les veines épigastriques et sous-cutanées abdominales, n'est point l'ombilicale, contrairement à ce qu'ont admis jusqu'à lui tous les auteurs qui ont observé cette communication.

2° Que la veine qui a été prise pour l'ombilicale, restée ou redevenue perméable, appartient à un groupe de petites veines portes accessoires sous-péritonéales qui suivent le cordon fibreux qui succède à la veine ombilicale jusqu'au sinus de la veine porte, dans lequel elles se jettent; cette veine se dilate outre mesure jusqu'à ses ramuscules anastomotiques avec les mammaires internes, épigastriques et tégumenteuses abdominales lorsque le sang éprouve un obstacle à son cours dans l'épaisseur du foie.

3° Que faute d'une détermination exacte de l'espèce de vaisseau dont il s'agit ici, la question de physiologie pathologique qui se rattache à sa disposition anatomique avait été traitée soit imparfaitement, soit même d'une manière erronée ; tel est, par exemple, le cas des auteurs qui considèrent cette veine comme parcourue de bas en haut par le sang, tandis que c'est de haut en bas qu'il la traverse.

Il résulte donc du travail de M. Sappey que dans la cirrhose: *a*, ce n'est point par suite d'une anomalie vasculaire congénitale conduisant la veine ombilicale à rester perméable, que le sang de la veine porte vient entrer dans la circulation générale; *b*, que ce n'est pas non plus par la veine ombilicale normalement oblitérée, puis redevenue perméable pathologiquement, que la veine porte communique avec les veines de la peau et des muscles; *c*, que, par conséquent, ce n'est pas une veine antérieurement chargée sur le fœtus d'amener dans le sinus de la veine porte, dans le foie et dans la veine cave le sang placentaire ou de la circulation générale, dont la portion persistante reprendrait pendant la cirrhose ses usages primitifs par suite de phénomènes morbides. Cette communication entre les deux systèmes veineux est simplement établie par une dépendance du système de la veine porte qui, normale-

ment anastomosée avec les veines musculaires et sous-cutanées, s'est dilatée jusque dans ses anastomoses en conséquence de troubles circulatoires.

En un mot, contrairement à ce que l'on a toujours admis, ce qui se passe dans les veines du ligament suspenseur du foie ne diffère pas de ce qui a lieu, par suite de circonstances morbides analogues, dans d'autres portions du système de la veine porte normalement anastomosées avec les veines générales. Ainsi l'auteur de ce travail part de l'anatomie normale pour expliquer les données fournies par l'anatomie pathologique. Examinons donc d'abord les faits normaux qui peuvent éclairer ces dernières, et vous verrez que le mémoire de M. Sappey, qui semble concerner seulement un point d'anatomie fort secondaire, a pour la pathologie une importance qu'il ne paraît pas offrir au premier abord.

En envisageant ainsi d'une manière générale les résultats auxquels est arrivé M. Sappey, la nature des questions que votre commission doit examiner se trouve nettement déterminée :

1° Indiquer la disposition des anastomoses normales de la veine porte avec les veines générales, dont la dilatation a pour conséquence une circulation collatérale ou supplémentaire pathologique ; tel est le premier point que nous avons à étudier ;

2° Nous devons discuter ensuite la valeur des faits dans lesquels on a considéré la veine ombilicale comme étant la voie par laquelle s'établit cette circulation qui amène le sang de la veine porte dans les veines générales, lorsqu'il ne peut passer au travers du foie ;

3° Étudier enfin les changements qui surviennent dans le cours du sang des vaisseaux dilatés ; telle sera la partie de ce rapport qui en précédera les conclusions.

Cette marche se présente naturellement à l'esprit lorsqu'on a sous les yeux l'ensemble des documents que la science possède sur cette question ; elle seule conduit à discuter tous les faits qui s'y rattachent.

PREMIÈRE PARTIE. — *Des connexions du système de la veine porte avec les veines générales.* — On trouve plusieurs ordres de communications entre les branches de la veine porte et les veines qui n'appartiennent pas à l'appareil digestif. Ces modes de communication méritent d'être distingués les uns des autres, car si, au point de vue anatomique, plusieurs d'entre eux se ressemblent en ce que ce sont des vaisseaux capillaires qui les établissent, ils diffèrent sous le rapport physiologique. Ces différences, qui ont été trop négligées, sont, du reste, indispensables à connaître pour que nous puissions arriver à porter un jugement sur la question traitée par M. Sappey. Ces connexions du système porte avec le système veineux général peuvent être classées ainsi qu'il suit :

1° Veine ombilicale communiquant largement pendant la vie fœtale avec la veine porte encore rudimentaire, et lui apportant, ainsi qu'à la veine cave, du sang qui s'est artérialisé dans le placenta;

2° Veines de petit volume venant d'organes autres que l'intestin et ses annexes, et se jetant dans le foie lui-même ou dans la veine porte, près du foie;

3° Veines d'origine de la veine porte s'anastomosant avec des branches des veines caves inférieure et supérieure, loin et près du foie;

4° Veinules provenant de l'intestin, où elles communiquent avec les réseaux de la veine porte, mais allant se jeter dans la veine cave et dans ses branches d'origine;

5° Terminaisons de la veine porte dans le foie se continuant avec les origines des veines sus-hépatiques.

Nous verrons, en rappelant sommairement ces diverses dispositions anatomiques, que toutes doivent être présentes à l'esprit du médecin qui veut se rendre compte des troubles de la circulation et des accidents qui en dépendent pendant la cirrhose.

Il faut enfin savoir que dans les cas d'adhérence entre l'intestin, le foie, la rate, etc., et la face interne des parois abdominales, les membranes accidentelles par lesquelles elles ont lieu, en devenant vasculaires, établissent une com-

munication entre les vaisseaux de la surface de ces organes et ceux qui rampent sous le péritoine. Ce fait pouvant se présenter accidentellement pendant la cirrhose comme dans d'autres affections, doit aussi être noté, bien qu'il soit très différent de ceux dans lesquels c'est une veine normale qui ne fait que développer ses dispositions anatomiques naturelles.

§ I. — *Veine ombilicale.* — Dans son trajet au travers des parois abdominales et jusqu'au hile du foie, cette veine ne reçoit aucune branche des vaisseaux de la paroi abdominale ni de l'intestin ; elle ne se subdivise pas et ne cède aucun rameau à ces organes ; en un mot, hors du foie elle ne s'anastomose avec aucune veine.

Ce fait résulte des descriptions de la veine ombilicale données par tous les auteurs qui se sont occupés de l'anatomie du fœtus, de celle des nouveau-nés et d'embryogénie (1). Il résulte aussi pour votre rapporteur de recherches anatomiques faites spécialement dans ce but.

Du reste, en face des cas dans lesquels les médecins ont parlé de la communication de la veine ombilicale avec les veines épigastriques et tégumenteuses, on est étonné de voir combien peu d'auteurs ont traité cette question ; il n'en est pas qui se soient occupés de chercher s'il était possible de se rendre compte de ce cours particulier du sang par quelque disposition anatomique normale correspondante, modifiée par suite des progrès du mal.

Votre rapporteur n'a pu trouver qu'un anatomiste, du nom de Burow, qui ait traité ce sujet en 1838 (2). Dans une notice d'une demi-page, il décrit en six lignes ce qui suit : « Lorsque la veine épigastrique n'est pas encore arrivée jusqu'à la hauteur de l'ombilic, elle donne un rameau qui se porte en dedans, et qui, se réunissant avec un autre rameau naissant du côté opposé, forme un tronc qui est étroitement accolé à la

(1) Haller, *Elementa physiologiæ*. Lugduni Batavorum, 1766, in-4, t. VIII, p. 221.

(2) Burow, *Beitrag zur Gefasslehre der Fœtus* (*Archiv fuer Anat. und Physiol.*, von J. Müller. Berlin, 1838, in-8, p. 44, pl. I, fig. 1 *e*, *f*, *g*).

veine ombilicale dans tout son parcours intra-abdominal et s'abouche avec elle près de son entrée dans le foie. » Il a, dit-il, une série de pièces qui démontrent ce fait. Il figure, en outre, une veinule impaire sous péritonéale naissant du réseau veineux utéro-vésical ou recto-vésical, montant le long de la face postérieure de la vessie et de l'ouraque pour se jeter dans le tronc commun précédent au niveau de l'ombilic.

Il ajoute qu'il considère ce fait comme d'autant plus important, que ce vaisseau se développe complétement chez les animaux qui n'ont pas de cordon ombilical; c'est, suivant lui, évidemment le vaisseau appelé par Carus *veine ombilicale parcourant la ligne blanche.*

C'est en vain que votre rapporteur a cherché à retrouver cette disposition sur trois enfants mort-nés, dont un, remis par M. le professeur Dubois, était arrivé au huitième mois de la grossesse et portait le cordon tout entier avec le placenta. Les injections ont été pratiquées avec de l'essence de térébenthine colorée; soit en poussant de l'extérieur vers le foie, la veine ombilicale étant liée à son entrée dans le sillon antéro-postérieur du foie; soit en poussant du sinus de la veine porte vers l'ombilic, le cordon étant lié près de la peau. M. Sappey a dans ce même but fait aussi des injections au mercure, également restées infructueuses.

L'imperfection du dessin et de la description de Burow fait qu'il est difficile de juger quelle est en réalité la disposition anatomique qu'il a voulu représenter. On trouve chez le fœtus des veinules sous-péritonéales parallèles au cordon fibreux de l'ouraque; d'autres suivent le ligament des artères ombilicales et la direction des veines épigastriques, avec lesquelles elles communiquent au travers de la gaîne du grand droit. Il y a de ces veines qui montent au delà de l'ombilic; mais elles n'y forment pas un tronc unique. Là les unes vont se continuer le long du bord adhérent du ligament suspenseur du foie avec des branches d'origine de la veine mammaire interne, les autres s'anastomosent avec des veines du ligament suspenseur, qui vont dans le sinus même de la veine porte et sur lesquelles nous reviendrons bientôt. C'est peut-être une de ces

anastomoses sus-ombilicales, mais une seule au lieu de plusieurs qui existent, que Burow a eu sous les yeux en décrivant un tronc unique sus-ombilical ; c'est peut-être aussi l'injection incomplète d'un de ces ramuscules qui l'a empêché de suivre ce rameau jusqu'aux branches qui au delà vont au sinus porte ; probablement enfin c'est là ce qui lui a fait admettre une communication avec la veine ombilicale. Nous le répétons, des recherches faites dans le but de vérifier cette disposition et avec des injections qui remplissaient des vaisseaux bien plus fins que ceux décrits par Burow nous ont donné des résultats négatifs.

Du reste, ce qui nous importe ici, c'est la disposition de la veine ombilicale chez l'adulte, puisque toutes les observations dans lesquelles elle aurait servi à une circulation supplémentaire concernent des sujets adultes.

Rokitansky en 1844, copié plus tard par Bock, est le seul auteur qui ait parlé d'une anastomose qui persisterait chez l'adulte, entre la veine ombilicale et les veines du ventre. Mais il n'en donne pas de description et on ne peut attacher aucune importance à son assertion, car il est facile de voir qu'il ne l'émet que pour arriver à se rendre compte de faits pathologiques qu'il ne peut s'expliquer autrement. « Une veine ventrale sous-cutanée, dit Bock, s'anastomose par l'anneau ombilical avec la veine de ce nom laquelle reste perméable lorsque l'élargissement variqueux des veines des téguments abdominaux atteint un haut degré et il se forme alors autour de l'ombilic un réseau rayonnant de veines élargies (*caput medusæ*). Dans les dernières années de la vie, cette anastomose peut arriver au point qu'à la suite d'un obstacle au cours du sang de la veine porte le ligament rond du foie s'ouvre de nouveau et devient une veine que traverse le sang (1). » On ne comprend vraiment pas que, pour les besoins d'une cause, un auteur puisse en venir à se mettre ainsi gratuitement en opposition avec les données les plus élémentaires de l'anatomie, sans apporter aucune description à l'appui de pareilles assertions.

(1) Bock, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*. Leipzig, 1852, in-8, p. 631.

Les faits mentionnés par Haller dans son chapitre intitulé : *Veine ombilicale chez l'adulte* (1), ont souvent été invoqués par les physiologistes et les médecins à l'appui de l'hypothèse de la persistance d'un canal dans le cordon de la veine ombilicale; mais aucun ne se rapporte à des maladies du foie ou d'autres organes viscéraux. Ceux qui lui sont propres concernent des jeunes sujets chez lesquels le cordon de la veine ombilicale était encore perméable, mais épaissi, au sixième, au septième et au huitième mois après la naissance; puis un autre a été observé chez une fille d'un an, le cordon veineux était plein au niveau du foie et vide vers l'ombilic. Il cite ensuite Duverney, comme ayant vu cette veine à moitié perméable à la septième année (2). Mais ce n'est pas là ce qu'on trouve mentionné dans les œuvres de cet anatomiste à la page indiquée; celui-ci note qu'on l'a vue pleine de sang à vingt ans et au delà, ce qui est si vrai dit-il, « que je l'ai trouvée remplie de sang fluide chez des personnes de quatre-vingts ans (3); » mais il n'appuie cette assertion sur aucune description de l'état des organes dont il parle. Haller ne dit rien sur le mécanisme de cette persistance de la perméabilité et insiste sur l'absence de communication de cette veine avec toute autre (t. VIII, p. 221).

Haller ajoute ensuite qu'il paraît certain qu'on a vu la veine ombilicale pleine de sang à vingt, trente et trente-cinq ans et même quatre-vingt-dix ans, et que sur ces sujets on l'a vu donner lieu à un écoulement de sang spontané ou accidentel dangereux. J'ai été curieux de vérifier ces citations de Haller, et ce n'est pas sans étonnement que j'ai vu qu'il avait accepté sans aucune critique des faits absolument insi-

(1) Haller, *Elementa physiologiæ*. Lugduni Batavorum, 1764, in-4, t. VI, p. 483-484, et t. VIII, p. 221.

(2) *Septimo anno dimidiam cum ramis perviam, et sanguine plenam*, Cl. Duverney (*reperit*). Bérard a traduit, et d'autres ont répété d'après lui, « *pleine de sang sur un sujet de sept ans et demi* » (Bérard, art. ABDOMEN du *Dict. de médecine*, 2e édit. Paris, 1832, in-8, t. I, p. 129).

(3) Duverney, *Œuvres anatomiques*. Paris, 1761, in-4, t. II, p. 138.

gnifiants. C'est ainsi que l'un des cas auxquels il renvoie et qu'il donne comme exemple de veine ombilicale restée pleine de sang chez l'adulte, se trouve être le suivant observé par Chomel (dont il ne cite pas le nom), chez une fille enceinte : pendant des attaques d'une épilepsie singulière il lui sortait du nombril et par l'ouraque, dit Chomel, une sérosité sanguinolente qui avait une forte odeur d'urine ; au troisième mois de la grossesse elle eut un vomissement si violent, qu'il lui sortit par le nombril une once ou deux de sang épais et caillé (1). L'esprit le moins sévère ne verra point là, je crois, pas plus que votre rapporteur, une preuve que la veine ombilicale fût restée pleine de sang. N'ayant rien trouvé de beaucoup plus probant dans Haller, il n'y a pas lieu de donner une grande importance à ces citations, pour la question qui nous occupe du moins.

Les traités d'anatomie que j'ai consultés se bornent à répéter, avec M. Cruveilhier « qu'il n'est pas fort rare de voir persister chez l'adulte le tronc de la veine ombilicale par suite de quelque communication anormale entre cette veine et les veines des parois abdominales (2). » Theile (3), dit que quelquefois la veine ombilicale demeure ouverte et charrie du sang pendant plus ou moins longtemps après la naissance et même chez l'adulte. Il eût au moins été bon de dire d'où vient ce sang que charrierait ainsi cette veine après la naissance. En dehors d'une affirmation ainsi conçue aucun auteur ne donne de description destinée à démontrer le fait qu'il avance ; tous renvoient aux citations peu probantes de

(1) *Histoire de l'Académie des sciences pour* 1737. Paris, 1740, in-4, *Observations anatomiques*, n° VII, p. 50, 51.

(2) Cruveilhier, *Anatomie descriptive*. Paris, 1843, in-8, 2e édit., t. III, p. 82 et 389.

(3) Theile, *Traité de Myologie et d'Angiologie*, trad. par Jourdan. Paris, 1843, in-8, p. 648 à 653. A cette page existe un renvoi aux *Archives de médecine* de 1823, indiquant une observation de MM. Serres et Manec, analogue à celle de M. Ménière ; mais cette citation est inexacte, et je n'ai pu trouver aucun fait de ce genre dans les *Archives* de cette année-là, ni qui ait été publiée par ces deux auteurs.

Haller, ou bien aux faits de MM. Manec, Ménière et Pégot; mais nous verrons bientôt que les faits de MM. Ménière et Manec sont probablement des anomalies, peut-être même des faits morbides, car les antécédents manquent dans ces deux observations ; quant au dernier, c'est un cas pathologique du genre de ceux que M. Sappey a étudiés, mais dû à une autre cause que la cirrhose. Nous verrons plus loin aussi que c'est faute de connaître certaines dispositions anatomiques normales qu'ils ont été mal interprétés.

Parmi ces dispositions anatomiques, il en est une importante; c'est que le bout de la veine ombilicale remonte peu de jours après la chute du cordon et avant même que ce bout soit oblitéré par cicatrisation ; il se trouve ainsi bientôt éloigné de l'ombilic dont il s'écarte de plus en plus, tandis que la veine qui sert à la circulation collatérale dans la cirrhose et les anomalies traverse la gaîne des muscles droits au voisinage de l'ombilic. Dans un travail spécial sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux, dont le résumé se trouve dans les bulletins de l'Académie, votre rapporteur a vu que la plus grande longueur du canal restant chez l'adulte à la base du cordon fibreux qui succède à la veine ombilicale, était de 3 à 4 centimètres. Cette étendue même est l'exception : sur les pièces injectées que M. Sappey a mises sous les yeux de votre commission, cette portion restée perméable est de 1 à 2 centimètres; c'est bien là l'état habituel.

Sur 43 cordons fibreux succédant à la veine ombilicale, disséqués par votre rapporteur, il a noté 38 fois cette dernière longueur pour la portion restée perméable, et 5 fois l'étendue indiquée plus haut, de 3 à 4 centimètres. Tout le reste du cordon est plein ; examinés à l'extérieur, ces cordons pleins mesurent en général 4 à 6 centimètres, depuis leur point d'attache sur le sinus porte jusqu'au bord antérieur de la scissure du foie, et 6 à 8 centimètres hors du foie dans le bord libre du ligament suspenseur. Enfin de l'extrémité du moignon veineux jusqu'à l'anneau ombilical se trouve un intervalle de 3 à 10 centimètres selon les sujets. Ainsi que je viens de le dire, le bout du cordon fibreux succédant à la veine ne reste jamais adhé-

rent à l'ombilic et il remonte peu à peu (après la chute du cordon pendant toute la durée de la croissance), jusqu'à la hauteur ci-dessus dans le ligament suspenseur ; tandis que les moignons des artères ombilicales cessent de grandir et descendent tout à la fois, plutôt qu'ils ne se rétractent (1). Cet intervalle de 3 à 10 centimètres est parcouru par des ligaments aplatis, filamenteux, en partie formés de tissu élastique, et que la dissection distingue aisément du cordon veineux oblitéré ; leur couleur est d'un blanc jaunâtre qui tranche sur la teinte grise de celui-ci. Ils sont insérés sur lui, rampent à sa surface à laquelle ils adhèrent fortement dans une étendue de 3 à 5 centimètres avant d'abandonner son extrémité, qu'ils enchâssent en quelque sorte, pour gagner ensuite l'anneau ombilical. On ne connaît pas encore d'exception à cet écartement entre l'ombilic et le bout du moignon veineux qui s'en détache et remonte après la chute du cordon ombilical.

Pour apprécier la valeur des observations dans lesquelles

(1) Ch. Robin, *Mémoire sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux et sur le système ligamenteux qui leur succède* (*Bulletins de l'Académie de médecine*. Paris, 1858, in-8, t. XXIII, p. 1123). Le tronc commun ou sinus de la veine porte est placé à peu près transversalement sous le foie, perpendiculairement au sillon longitudinal. En avant, tout à fait sur la ligne médiane, le cordon fibreux qui succède à la veine ombilicale s'insère presque à angle droit sur le sinus porte. Il est grisâtre, formé de faisceaux de fibres longitudinales lâchement unies, se dissociant aisément par dilacération, et il se déchire facilement en long. La face interne de la courte portion restée tubuleuse à son point d'insertion est blanchâtre, lisse, et laisse voir la disposition longitudinale des faisceaux fibreux. Cette cavité, assez large à l'endroit même de sa communication avec celle du sinus, se termine en pointe dans l'axe du cordon fibreux. La disposition des fibres dans celui-ci fait que l'extrémité des ciseaux pénètre facilement dans son tissu si l'on fend sans précaution la cavité de la base ; il importe d'éviter cet accident quand on veut mesurer la longueur de cette cavité. Cette texture lâche est aussi la cause qui fait que, si l'on pique le centre de ce cordon avec un tube à injection mercurielle, le métal file en écartant ses fibres jusqu'au bout du moignon, et c'est là seulement qu'il s'épanche, tant chez l'adulte que chez les jeunes sujets, ainsi que l'a vu M. Sappey. Le ligament fibreux qui succède au canal veineux est aplati, grisâtre, sans

on décrit la veine ombilicale comme restée ou redevenue perméable jusqu'à l'ombilic, il était indispensable de rappeler ici : 1° l'indépendance de la veine ombilicale par rapport aux veines des parois du ventre ; 2° la courte étendue de la portion de ce vaisseau qui reste tubuleuse et la grande longueur de celle qui est pleine chez l'adulte ; 3° enfin la distance qui sépare de l'ombilic le bout du moignon veineux.

Si ces faits vous font croire à l'impossibilité d'un retour pathologique de ce cordon fibreux à l'état de veine, à l'impossibilité de la formation chez l'adulte d'une communication vasculaire qui n'a jamais existé entre lui et les veines épigastriques ou les tégumenteuses, restez dans cette croyance; vous allez voir, en effet, l'anatomie du système de la veine porte mieux connue, faire rentrer dans l'ordre des choses naturelles et qu'on peut prévoir ce qui était considéré comme tout à fait exceptionnel et anormal, ou même comme inexplicable pathologiquement, mais alors à juste titre.

En tous cas, M. Sappey a eu raison de conclure de ses recherches qu'il n'existe aucun fait bien authentique de persistance de la perméabilité de la veine ombilicale chez l'adulte.

§ II. — *Veines venant d'organes autres que l'intestin ou ses annexes, se jetant dans le foie même et dans la veine porte, près du foie, ou veines portes accessoires de M. Sappey.* — Votre rapporteur n'a pu trouver que dans le mémoire de M. Sappey et sur les pièces préparées par lui pour votre commission les documents qui se rapportent à cet ordre de veines. Aussi, avant d'aborder la question qui se rattache à la connaissance de ces vaisseaux, croyons-nous pouvoir affirmer que leur description à l'état normal a été faite pour la première fois par M. Sappey ;

cavité aucune, résistant quand on cherche à le rompre ; est formé, comme le précédent, de fibres lamineuses principalement, flexueuses et faciles à dissocier aussi dans le sens de leur longeur. Il se détache à angle droit du bord postérieur du sinus porte, et va directement d'avant en arrière au bord antérieur de la veine cave ou de la grosse veine sus-hépatique gauche, près de la veine cave. Il est inséré au sinus porte, à 1 ou même 2 centimètres plus à droite que le cordon fibreux de la veine ombilicale et non vis-à-vis de lui.

qu'il s'agit là, en un mot, d'une première découverte anatomique par laquelle il a été conduit à en faire une seconde dans l'ordre pathologique, consistant à déterminer d'une manière exacte la nature d'un état morbide déjà décrit, mais mal interprété.

Les veines portes accessoires dont il s'agit constituent un ensemble de petits vaisseaux dont on peut donner la description générale, ainsi qu'il suit. Elles naissent de la région sus-ombilicale et du diaphragme dans toute l'étendue des adhérences du ligament suspenseur à ces portions de la paroi abdominale. De là elles rayonnent en convergeant entre les deux feuillets de ce repli séreux jusqu'au foie, dans lequel elles pénètrent çà et là sur toute la longueur de ses adhérences à ce ligament.

Ces veines s'anastomosent fréquemment dans l'épaisseur du ligament falciforme par des anses qui vont d'une veine à l'autre; elles font communiquer ainsi celles qui se trouvent dans sa portion adhérente à la face convexe du foie avec celles qui sont dans la portion appelée plus particulièrement faux de la veine ombilicale. Les plus grosses de ces veines ont environ 1 millimètre de diamètre et même plus; la plupart sont moins volumineuses. Les unes, très ténues, très nombreuses, trop pour qu'on en puisse donner le chiffre, viennent de la face concave du diaphragme, où elles s'anastomosent avec les veines diaphragmatiques inférieures. Elles gagnent la face convexe du foie en cheminant entre les deux lames de la portion correspondante du ligament suspenseur. Arrivées au foie, elles se distribuent directement à ses lobules, comme le fait la veine porte principale, et s'anastomosent en outrent avec les branches superficielles de celle-ci : aussi est-ce en injectant la veine porte hépatique ou artérieuse qu'on les remplit, et que par elles le liquide gagne dans les diaphragmatiques. Elles se remplissent ainsi de leurs troncs vers leurs capillaires, ce qui semble démontrer que la plupart au moins manquent de valvules; du reste, elles s'anastomosent si fréquemment ensemble que l'injection les remplirait sans doute malgré la présence de ces replis.

Lorsque le sang ne peut plus traverser ou ne traverse que difficilement ou incomplétement le foie, comme cela a lieu dans la cirrhose, les veines portes accessoires se dilatent et s'hypertrophient; elles contribuent ainsi à ramener le sang dans le système veineux général.

Dans la séance du 16 avril 1859, M. Sappey a montré à la Société de biologie un foie cirrhotique pris sur un cadavre qui ne présentait aucune trace d'ascite, et chez lequel, par conséquent, le sang de la veine porte avait dû s'ouvrir pendant la vie une voie collatérale. Or l'observation a prouvé à M. Sappey que cette voie collatérale était en partie constituée par les veinules qui s'étendent du diaphragme au foie. De la face convexe de cette glande partaient dix à douze veines qui, remontant dans le ligament suspenseur, allaient se continuer avec celles de l'épaisseur du diaphragme. Parmi ces veines il en existait trois ou quatre qui offraient le calibre d'une grosse plume de corbeau; les autres étaient un peu plus petites. Toutes ces veines n'étaient autres que celles qu'on observe habituellement, mais qui, de presque invisibles, étaient devenues très manifestes, les plus grosses ayant à peu près décuplé de volume. Du reste, le ligament suspenseur était normal, et aucune fausse membrane ne changeait les rapports habituels d'adhérence entre le foie et le diaphragme.

Un autre groupe des veines portes accessoires dont nous parlons comprend un ensemble de veinules qui naissent dans la partie sus-ombilicale de la face interne des parois ventrales, tant sur la ligne blanche que sur ses côtés. Toutes se rendent dans la faux de la veine ombilicale et vont se jeter directement dans le sillon longitudinal du foie, à la manière des précédentes, mais à la face inférieure, depuis le bord tranchant jusqu'au milieu de l'étendue du sillon antéro-postérieur.

Les plus grosses de ces veines, par de petites anastomoses qui traversent la gaîne des muscles grands droits, se continuent avec les origines des veines épigastriques et mammaires internes, puis par leur intermédiaire avec les veines sous-

cutanées abdominales. Parmi les pièces préparées par M. Sappey pour votre commission il s'en trouvait dans lesquelles la dissection nous a permis de constater directement ces faits, tels qu'ils sont représentés dans les dessins que je place sous vos yeux.

La plus volumineuse de ces veines portes accessoires est habituellement celle qui part du bord tranchant du foie. Elle se distingue aussi des autres par les valvules qu'elle présente. Cette veine répond *au bord adhérent du ligament de la veine ombilicale.* Les autres, beaucoup plus petites en général, se trouvent irrégulièrement disséminées dans ce ligament. Quelques-unes accompagnent le cordon produit par l'oblitération de cette veine. Toutes ces petites veines portes accessoires communiquent fréquemment entre elles, et c'est à l'aide de ces nombreuses communications que les liquides injectés dans la veine porte hépatique peuvent refluer du foie vers l'abdomen et pénétrer dans celle d'entre elles qui est munie de valvules. Par suite, ces dernières n'empêchent pas au liquide d'arriver dans les anastomoses que normalement cette veine établit avec les épigastriques.

Parmi les veinules de ce groupe, il en est constamment une qui vient s'ouvrir *directement dans la branche gauche du sinus de la veine porte, au niveau même de l'attache du cordon de la veine ombilicale à ce sinus.* C'est surtout par cette veine, qui est dépourvue de valvules, que le sang reflue du foie vers l'abdomen lorsque cet organe, affecté de cirrhose, ne lui offre plus qu'un passage insuffisant. Mais comme celle-ci communique avec les autres, il en résulte que le liquide qui reflue dans sa cavité passe en partie dans ces dernières, en sorte que le groupe tout entier participe plus ou moins à sa dilatation. Sur la pièce présentée par M. Sappey à la Société de biologie dans sa séance du 16 avril, on voyait très nettement que tout le groupe était en effet sensiblement dilaté, mais que l'une d'elles l'était plus que toutes les autres. Celle-ci, qui partait du sinus de la veine porte et qui offrait à peu près le volume de l'artère radiale, se trouvait accolée dans toute son étendue au cordon de la veine ombilicale, lequel avait con-

servé tous ses caractères habituels. Cette veine dilatée, parvenue un peu au-dessus de l'ombilic, pénétrait dans la gaîne du muscle droit et venait se continuer à plein canal avec l'une des veines épigastriques du côté droit.

Dans cette nouvelle observation recueillie par M. Sappey depuis la lecture de son mémoire, la cirrhose du foie était de date peu ancienne; le sang pouvait sans doute encore en partie traverser l'organe malade, mais il était évident que son passage était déjà assez fortement entravé. Et pour suppléer à cette insuffisance il s'était ouvert une voie collatérale, qui comprenait tout le groupe des veines portes accessoires, qui émanent *non des organes digestifs, mais des parois de la cavité abdominale.*

Ce fait est intéressant à deux points de vue :

1° Il nous montre la voie dérivative qui ramène le sang de la veine porte dans le système veineux général en voie de formation, et à son premier degré en quelque sorte; à ce degré, la dilatation peut être facilement méconnue et l'eût été certainement dans cette circonstance, si M. Sappey, guidé par ses recherches antérieures, n'eût été conduit à l'examiner avec la plus grande attention et à l'aide des injections.

2° Il nous apprend que cette voie dérivative, au lieu d'être constituée par un seul tronc, peut, en quelque sorte, se généraliser dans tout un ensemble de veines portes accessoires.

En écrivant ces remarques, votre rapporteur a sous les yeux encore une autre pièce de ce genre injectée pour votre commission par M. Sappey. Il s'agit, dans celui-ci, du foie d'un homme adulte dont le corps était destiné aux dissections de l'École pratique. Le foie est un peu plus petit qu'à l'état normal et un peu plus dur. Ce n'est toutefois qu'une cirrhose encore peu avancée; l'autopsie commencée n'avait pas été achevée, ce qui a permis de faire l'injection, mais a empêché de constater s'il y avait eu de l'ascite.

Le cordon fibreux de la veine ombilicale et les ligaments filamenteux qui font suite à son moignon offrent les caractères normaux rappelés précédemment d'une manière générale. L'injection du sinus porte a pénétré sur une longueur de 15 mil-

limètres dans la courte cavité qui se trouve au point d'attache du cordon sur ce sinus. A côté de l'insertion du cordon oblitéré on voit une veine du volume d'une grosse plume de corbeau, qui suit ce dernier et occupe le bord libre du ligament suspenseur. Un peu au-dessus de l'ombilic elle traverse une ouverture aponévrotique de la gaîne du grand droit du côté gauche, et se continue à plein canal avec la veine épigastrique gauche, qui offre le même volume. Les autres veines de la faux de la veine ombilicale et celles qui du diaphragme se rendent directement au foie par sa face convexe sont également un peu dilatées, ainsi que leurs anastomoses, mais moins que la précédente.

Enfin ces jours-ci M. Sappey a encore trouvé une disposition tout à fait analogue sur un sujet atteint de cirrhose avec adhérences intestinales nombreuses; la veine qui suivait le cordon fibreux ombilical et se continuait avec la veine épigastrique gauche dilatée, avait toutefois le volume de l'artère radiale.

Vous vous rappelez que, dans les deux observations de cirrhose que contient le mémoire de M. Sappey, les détails anatomo-pathologiques relatifs aux veines du foie et des parois ventrales montrent que c'est encore la disposition que je viens de décrire qui existait. Seulement le mal était plus avancé, et la veine qui dans chaque cas accompagnait le cordon fibreux ombilical, pour s'anastomoser avec l'épigastrique du côté gauche, avait le volume du petit doigt. Dans ces cas-là aussi le cordon fibreux était plein, et offrait son volume, sa forme et ses autres dispositions anatomiques habituels. Nous avons pu constater tous ces faits sur l'une des pièces injectées que M. Sappey a conservée.

Il n'est donc pas douteux, pour les deux observations qui sont rapportées dans son mémoire, que le vaisseau servant à la circulation collatérale pathologique établie entre la veine porte et la veine épigastrique n'était pas la veine ombilicale; il est certain, au contraire, que c'était une des veines portes accessoires très dilatée; que c'était celle, en particulier, qui longe le cordon fibreux de la veine ombilicale ou ligament rond du foie, absolument comme dans les trois observations

nouvelles recueillies par M. Sappey depuis la lecture de son travail, et que ce rapport vient de vous faire connaître en abrégé.

Quand on songe que cet anatomiste a trouvé cet élargissement des veines portes accessoires sur tous les sujets atteints de cirrhose, au nombre de cinq, qu'il a injectés, il devient hors de doute que cette circulation collatérale par dilatation des veines normales est plus fréquente qu'on ne l'a admis jusqu'à présent. Seulement le courant sanguin suit le plus habituellement les veines épigastriques, qui sont profondément placées, et qui offrent les anastomoses les plus nombreuses avec les veines portes accessoires ; la disposition des tégumenteuses fait qu'elles se dilatent plus tard que les précédentes, c'est-à-dire lorsqu'elles ne suffisent plus à l'afflux en retour du sang apporté par les veines portes accessoires ; et parfois la mort survient avant qu'elles s'élargissent.

Les cas de dilatation extrême des veines portes accessoires et de leurs anastomoses, à la suite d'altération du foie très avancée, ont seuls été notés, parce qu'ils étaient tellement évidents qu'il était impossible de ne pas les voir, et que pour cela il n'était pas nécessaire de chercher ces veines. Mais en examinant les derniers exemples que je viens de signaler, il devient certain qu'on trouvera cette dilatation, dans des cas de cirrhose peu avancée, ou peut-être même encore dans d'autres altérations du foie, en faisant les autopsies convenablement, et en injectant les vaisseaux dont on a lieu de soupçonner la dilatation. Lorsqu'on supposait que cette circulation collatérale était quelque chose de tout à fait anormal (comme le serait, en effet, le rétablissement de la circulation dans la veine ombilicale oblitérée, ou la persistance de sa perméabilité pendant que nulle portion du sang ne la parcourt), cette croyance a certainement empêché de la rechercher dans plus d'un cas où il eût été possible de la trouver. Comme il existe encore des altérations du foie autres que la cirrhose, qui amènent une oblitération partielle des rameaux de la veine porte dans le foie (altérations dites cancéreuses, lésion analogue à celle dite *état cireux de la rate*, etc.),

il n'est pas impossible, non plus, que les injections prouvent l'existence d'une dilatation des veines portes accessoires dans d'autres maladies que la cirrhose.

Quoi qu'il en soit, ce que nous pouvons assurer, d'après l'examen des pièces de M. Sappey, c'est que, dans celles qu'il nous a présentées, la circulation collatérale était établie par les veines portes accessoires dilatées, jusque dans leurs anastomoses avec l'épigastrique, élargie elle-même. Il est certain, d'autre part, que ce n'était point par la veine ombilicale que passait le sang, et qu'elle n'était pour rien dans les dispositions anatomo-pathologiques observées; car à côté des veines dilatées on trouvait normalement disposé le cordon fibreux qui lui succède. Ceux, par conséquent, qui considéreraient encore comme bien interprétées les observations de cirrhose antérieurement publiées sous le titre de *circulation supplémentaire par la veine ombilicale*, ne pourront s'empêcher d'admettre que M. Sappey a démontré le premier que cette circulation peut s'établir dans la région de l'ombilic sans participation de la veine ombilicale. Il a parfaitement justifié devant votre commission la valeur de celles de ses conclusions dans lesquelles il avance que : 1° la dilatation, avec hypertrophie, de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie amène aussi la dilatation et l'hypertrophie des veines avec lesquelles elle s'anastomose dans les parois ventrales; 2° qu'elle devient ainsi le point de départ d'une grande voie dérivative qui s'étend du sinus de la veine porte vers la veine principale du membre inférieur; 3° que ces phénomènes peuvent avoir lieu, tantôt dans les veines sous-aponévrotiques, et tantôt dans les veines sous-cutanées de l'abdomen.

Ces conclusions étant justifiées par l'examen des pièces placées sous nos yeux, nous avons donc dû parler ici des cas pathologiques observés par M. Sappey, car leur explication se rattache directement à la connaissance de l'état normal, et n'exige pas la supposition d'une anomalie vasculaire, dont l'existence est contredite par l'anatomie. Les faits pour l'interprétation desquels on a admis cette anomalie, si tant est qu'ils soient bien étudiés, étant très distincts de ceux décrits

par M. Sappey, puisque l'intermédiaire essentiel entre les deux ordres de veines serait tout différent, nous avons dû les réserver pour les discuter dans un chapitre à part.

§ III. — *Veines d'origine de la veine porte s'anastomosant avec des branches des veines caves supérieure et inférieure, loin et près du foie.* — La plupart des traités d'anatomie descriptive, mais non tous, et les ouvrages spéciaux sur l'anatomie des veines, décrivent des branches normales de communication entre les veines hémorrhoïdales supérieures et les veines hémorrhoïdales moyennes et inférieures, les honteuses internes, les obturatrices et les fessières, branches de l'hypogastrique; elles sont, ainsi que les suivantes, notées avec soin par M. Cruveilhier (1). Les veines œsophagiennes inférieures ou cardiaques se jettent dans la coronaire stomachique gauche ou gastrique supérieure; d'autre part, leurs rameaux d'origine communiquent avec les veines œsophagiennes placées plus haut, qui vont, soit dans les veines diaphragmatiques inférieures, branches de la veine cave abdominale, soit dans les diaphragmatiques supérieures, qui se rendent directement dans la veine cave supérieure ou dans ses branches d'origine, près de leur réunion.

On connaît depuis Schmiedel (2) des anastomoses par anomalies veineuses peu communes, mais non morbides : 1° entre les veines hémorrhoïdales et les vésicales; 2° de la coronaire stomachique et des gastro-épiploïques avec les veines rénales; 3° d'une veine des *vasa breviosa* avec la veine phrénique gauche; 4° entre la veine pylorique et la veine phrénique; 4° des branches accidentelles de communication entre la veine rénale gauche et la mésentérique supérieure, qui ne sont pas très rares.

Plusieurs médecins ont tenu compte de l'existence de ces anastomoses normales pour expliquer l'établissement d'une

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie descriptive*. Paris, 1843, 2e édition, t. III, p. 75, 80, 83, 86, 274 et 298.

(2) Schmiedel, *De varietatibus vasorum, plerumque magni momenti*. Erlangen, in-4, p. 26.

circulation collatérale pendant la cirrhose. Mais les preuves fournies par la dissection sont rares. Dans sa thèse de concours pour l'agrégation (1853), M. Gubler cite en deux lignes une observation inédite de M. Fauvel, dans laquelle celui-ci a noté que, chez un sujet atteint de cirrhose, à l'autopsie, les veines œsophagiennes furent trouvées variqueuses. C'est là tout. Je vais citer maintenant les auteurs qui ont supposé que c'étaient ces anastomoses naturelles, généralement connues, qui, en se dilatant, servaient à la circulation collatérale pendant la cirrhose, mais qui n'ont pas appuyé leurs vues sur des dissections.

Dans une observation intitulée : *Cirrhose du foie avec rétrécissement de la veine cave inférieure, et élargissement de la veine azygos et des sinus vertébraux* (1), Lyons a montré que le sang du bassin passait au travers de ces sinus pour se rendre dans la veine cave supérieure. Il explique l'absence de sérosité dans le péritoine, en cette circonstance, par une circulation collatérale qui aurait été établie entre les veines mésentériques et les veines lombaires se rendant aux sinus vertébraux dilatés ; mais il n'a pas vu cette communication qu'il suppose avoir dû exister.

M. Monneret a publié des observations de dilatation des veines épigastriques et sous-cutanées soit du ventre, soit du thorax dans la cirrhose. Il s'exprime ainsi : « Ces veines, en se dilatant, peuvent suppléer la circulation de la veine porte, et peut-être subvenir à la gêne de la circulation qu'éprouve le sang de la veine cave inférieure. Cette circulation supplémentaire paraît s'effectuer principalement au moyen des veines thoraciques supérieure et inférieure, des épigastriques et des veines qui vont se jeter dans les deux azygos, et par conséquent dans la veine cave supérieure (2). » Mais il ne dit rien

(1) R. Lyons, *Presse médicale de Dublin*, 1849; et Schmidt's, *Jahrbücher der gesammten Medicin*. Leipzig, 1850, in-4, t. LXVI, p. 39, 40.

(2) Monneret, *Études cliniques sur la maladie qui a reçu le nom de cirrhose du foie*. (*Archives générales de médecine*. Paris, 1852, in-8, t. XXIX, p. 395 à 397.)

sur les vaisseaux par lesquels la veine porte se met alors en communication avec les veines générales des parois abdomino-thoraciques, et ne rapporte aucune dissection qui lui soit propre sur ce sujet.

M. Gubler cite les anastomoses que l'on trouve décrites dans les traités d'anatomie entre plusieurs branches de la veine porte intestinale et les veines rénales, azygos et phrénique. Tout porte à croire, suivant lui, que ces anastomoses n'existent qu'à titre d'exception, ou que si elles sont plus ordinaires, elles n'ont pas l'importance qu'on serait porté à leur accorder. Il pense que s'il en était autrement, des anastomoses si nombreuses et si larges devraient assurément prévenir tous les désordres qui pourraient résulter d'un obstacle dans le système de la veine porte. Il admet que de proche en proche, de plexus en plexus, les veines se dilatent en allant des hémorrhoïdales internes aux hémorrhoïdales moyenne et externe jusque dans la veine hypogastrique, par laquelle le sang passe *dans les veines iliaque et crurale* (1). Il est, d'après lui, possible de se rendre compte ainsi de la dilatation des veines épigastriques et sous-cutanées abdominales pendant la cirrhose ou dans les cas d'oblitération de la veine porte, et c'est de la sorte que le sang gagnerait la mammaire interne, la thoracique externe, et par là les sous-clavières, puis la veine cave supérieure. Il considère, du reste, comme très rare le cas dans lequel les veines de la grande circulation peuvent, en se dilatant, suppléer la circulation de la veine porte.

M. Gubler n'apporte à l'appui de ces vues aucune dissection qui lui soit propre, et des documents précis sur ce point ne lui étaient pas fournis par les anatomo-pathologistes. Mais, d'après ceux que contient le mémoire de M. Sappey, et ceux que j'ai discutés précédemment, on voit qu'elles ne peuvent plus être admises. Il résulte, en effet, de tout ce qui précède :

(1) Gubler, *Établir d'après les faits cliniques et nécroscopiques jusqu'ici connus la théorie la plus rationnelle de la cirrhose* (thèse de concours). Paris, 1853, in-4, p. 60 à 66.

1° Que la dilatation des veines portes accessoires n'est probablement pas rare, mais il semble en résulter aussi implicitement que ce qu'il y a de plus rare ce sont les autopsies faites de manière à montrer si cette dilatation existe ou n'existe pas. 2° En fait, ce rapport contient l'indication d'un cas seulement de communication des origines de la veine porte, voisines du foie avec les veines œsophagiennes (p. 963), et la description de cinq cas d'élargissement des veines portes accessoires se continuant avec les épigastriques et parfois avec les sous-cutanées abdominales (p. 956 à 969). Or, la disposition de ces dernières veines par rapport au foie et entre elles fait comprendre leur facile et probablement fréquente dilatation en cas d'obstacle dans la veine porte hépatique; d'autre part, la disposition des anastomoses de la veine porte principale vers ses origines, loin du foie, rend compte de leur élargissement difficile et probablement rare. 3° Quant à ces dilatations des plexus des veines hémorrhoïdales, et de proche en proche jusqu'aux veines des parois abdominales, elles n'ont jamais été vues en fait, et ont été seulement supposées pour se rendre compte de phénomènes que l'observation a montré depuis se passer autrement. « J'ai interrogé, dit M. Monneret, un assez grand nombre de malades pour savoir s'ils étaient sujets à des hémorrhoïdes ou à un flux sanguin par le rectum, et je n'ai point trouvé parmi eux plus d'hémorrhoïdaires que chez les malades atteints d'autres affections (1). » Il y a donc lieu d'attendre que ces dilatations aient été démontrées par la dissection avant de les admettre.

Cas d'oblitération de la veine porte intestinale. — Pour ne rien omettre de ce qui concerne les communications morbides entre la veine porte et les veines générales, je rapporterai encore ce que l'on connaît sur ce sujet, lorsqu'il s'agit, non plus de cirrhose, mais d'oblitération de la veine porte intestinale.

Mais les faits de cet ordre doivent être nettement distingués

(1) Monneret, *loc. cit.* (*Archives générales de médecine*, 1852, t. XXIX, p. 401.)

et séparés des précédents : dans les premiers, en effet, l'oblitération siége *dans les capillaires hépatiques de la veine porte*, au-dessus de l'abouchement des veines portes accessoires, ce qui permet le reflux du sang dans ces dernières ; au contraire dans les *oblitérations du tronc de la veine porte*, par suite de phlébite, etc., le sang est arrêté au-dessous du foie, et ne peut arriver jusqu'aux veines du ligament suspenseur, décrites plus haut, qui communiquent avec celles des parois abdominales. Ce sont alors, comme nous allons le voir, les branches d'origine de la veine porte se trouvant au-dessous de l'obstacle qui conduisent le sang intestinal dans les veines générales.

M. Reynaud, dans un cas d'oblitération partielle de la veine porte (1) et de quelques-unes de ces branches, s'exprime ainsi : « Les petites veines qui rampent sous le péritoine et qui d'ordinaire sont peu apparentes, partaient en grand nombre de chaque côté des replis qui fixent l'intestin ; elles venaient former un réseau des plus remarquables à la surface concave du diaphragme, où par leur réunion elles constituaient des branches veineuses considérables. Les veines de la face supérieure du diaphragme étaient aussi dilatées ; la veine diaphragmatique, qui accompagne le nerf du même nom, avait le volume de l'azygos et décrivait beaucoup de flexuosités avant d'atteindre la sous-clavière. Les veines intercostales et azygos étaient aussi dilatées. » Dans les deux autres observations de son mémoire il s'agit d'oblitérations partielles ou complètes de la veine porte avec circulation veineuse collatérale et dilatation considérable des veines sous-cutanées du ventre et du thorax ; mais il n'est rien dit du mode de communication entre les veines tégumenteuses et la veine porte.

Dans un cas d'oblitération partielle et d'ossification de la veine porte, etc., Virchow a trouvé une communication entre la veine splénique et la veine azygos. Celle-ci offrait de

(1) Reynaud, *Des obstacles à la circulation du sang dans le tronc de la veine porte et de leurs effets anatomiques et physiologiques.* (*Journal hebdomadaire de médecine.* Paris, 1829, in-8, t. IV, p. 137 à 150.)

grosses dilatations variqueuses. Dans le voisinage du commencement de la queue du pancréas, à 16 centimètres du hile de la rate et à 12 centimètres de celui de la veine porte hépatique, la veine splénique offrait deux ampoules du volume d'une noix. Elles étaient situées à la partie supérieure de la circonférence de la splénique et l'une contre l'autre; elles communiquaient toutes deux avec le canal de la veine par une petite ouverture, et entre elles par accollement de leurs parois. En outre elles étaient en communication avec trois sacs variqueux de la veine azygos, de telle sorte que le courant sanguin ascendant devait passer facilement de la veine splénique dans l'azygos (1).

M. Monneret (2) et M. Fauconneau-Dufresne (3) ont parlé de la circulation collatérale s'établissant entre les branches de la veine porte oblitérée et les veines sous-cutanées abdominales, épigastriques, etc.; mais ils ne sont entrés dans aucun détail sur les espèces de veines par lesquelles a lieu cette communication entre la veine porte et les précédentes. Cette remarque s'applique également à Bock, qui admet la congestion des veines hémorrhoïdales et qui signale la circulation veineuse collatérale par les parois du ventre, dans les cas d'oblitération de la veine porte et de cirrhose (4).

On est frappé en lisant les travaux sur l'oblitération de la veine porte avec circulation collatérale, de voir combien peu leurs auteurs se sont préoccupés de chercher par la dissection si celle-ci s'établit ou non constamment de la même manière; chacun généralise, interprète ce qu'il a sous les yeux d'après

(1) Virchow, *Varix anastomoticus zwischen Vena lienalis und Azygos bei partieller Verstopfung und Verknoecherung der Pfortader bei schwerem durch Gallensteine bedingten Icterus.* (*Verhandlungen der physico-med. Gesellschaft zu Würzburg.* Würzburg, 1856, in-8, t VII, p. 21.)

(2) Monneret, *Observation de phlébite oblitérante de la veine porte.* (*Union médicale.* Paris, 1849, in-folio, p. 50.)

(3) Fauconneau-Dufresne, *Remarques sur la phlébite oblitérante de la veine porte.* (*Ibid.*, 1849, p. 72.)

(4) Bock, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie.* Leipzig, 1852, in-8, p. 657.

les observations accompagnées de dissection connues avant lui; puis, en recherchant celles-ci, on voit qu'elles se réduisent à celles de M. Reynaud.

M. Gintrac (1) indique la circulation collatérale, dans le cas d'oblitération de la veine porte, comme ayant lieu par un développement des rameaux terminaux de la mésentérique inférieure et des petites veines anastomosées avec elles, qui se rendent dans les veines du bassin ou dans les veines sous-cutanées des parois abdominales; mais il ne rapporte aucune dissection sur ce sujet qui lui appartienne.

Je dois dire, du reste, que les bibliothèques de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine ne possédant pas le *Journal de médecine de Bordeaux*, où se trouve inséré le travail de M. Gintrac, j'ai dû m'en rapporter, à son égard, à une analyse publiée dans un journal allemand.

Le sujet que nous venons d'étudier n'a point trait directement au mémoire de M. Sappey; mais nous avons dû vous en parler pour mettre sous vos yeux tout ce qui est relatif à la question de la circulation collatérale, et, parce que plus loin les faits précédents auront besoin d'être invoqués dans ce rapport.

Circulation par les veines des néo-membranes. — Pour achever de compléter la discussion des documents qui existent sur ce point d'anatomie pathologique, je citerai les cas connus de cirrhose ou d'autres affections, dans lesquels l'injection a montré l'existence d'anastomoses accidentelles établies entre la veine porte et les veines sous-péritonéales, à l'aide des vaisseaux des néo-membranes établissant des adhérences morbides variées.

En injectant des foies atteints de cirrhose avec ascite, Kiernan a vu, dans un cas, des veines dilatées à la surface du foie communiquant avec celles du diaphragme, également dilatées. Chez un autre sujet, les veines de la surface du foie s'anastomosaient avec de larges veines aboutissant au système

(1) Gintrac, *Sur l'oblitération de la veine porte.* (*Journal de médecine de Bordeaux*, janvier, février et mars 1856.)

veineux général. Ces veines appartenaient à de nombreuses membranes établissant des adhérences entre le foie et le diaphragme, de même qu'entre l'intestin et les parois abdominales (1).

Les faits de ce genre ne sauraient en aucune façon, ainsi que je l'ai déjà dit, être assimilés aux dispositions normales et à leurs modifications morbides, régulières en quelque sorte, décrites par M. Sappey. D'un côté, en effet, il s'agit de vaisseaux exactement distribués sur la ligne médiane, dans le ligament suspenseur du foie, faisant communiquer naturellement par des anastomoses capillaires les deux systèmes veineux, et ne faisant que s'hypertrophier lorsqu'un obstacle au cours du sang se produit au-dessus de leur point d'abouchement; mais le faisant d'une manière constante, si l'on s'en rapporte aux faits déjà connus. De l'autre côté, ce sont des membranes accidentelles établissant des adhérences et des communications vasculaires morbides entre le foie, l'intestin, etc., et les parois abdominales, d'une manière irrégulière; adhérences sur lesquelles on ne peut pas compter comme voie de dérivation du sang toujours prête à se développer, car elles manquent sur le plus grand nombre des sujets, et ne représentent qu'une exception à côté de la règle, qui persiste.

J'ai injecté à différentes reprises des néomembranes suites de péritonite, parfois longues de 6 à 8 centimètres, établissant une communication entre la veine porte et les veines d'organes étrangers à l'appareil digestif, ainsi qu'entre les artères et les lymphatiques de ces appareils (2).

Sur une de ces pièces, un lymphatique injecté à la surface d'une tumeur de l'ovaire, épaisse de 15 centimètres, adhé-

(1) Kiernan, cité par Copland, art. LIVER, *Dictionary of practical medicine*. London, 1848, in-8, vol. II, p. 753.

(2) Ch. Robin, *Sur la vascularité du cancer* (*Notice sur ses travaux scientifiques*. Paris, 1848, in-8, p. 15). — Analysé dans Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*. Paris, 1851, in-8, p. 39 et suivantes. Une portion de la néo-membrane injectée est représentée dans Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1857, in-folio, t. I, pl. III, fig. 5.

rente à l'intestin grêle et à l'S iliaque, a rempli de nombreux vaisseaux de même espèce dans une large néo-membrane unissant l'ovaire à l'intestin grêle et au mésentère correspondant. Ceux-ci injectés, ils ont rempli les chylifères avec lesquels ils s'anastomosaient fréquemment, et consécutivement par ces derniers, les ganglions du mésentère, de la même manière que par les vaisseaux sanguins de la néo-membrane l'injection de la tumeur avait rempli les artères et les veines intestinales. A la jonction et dans les parties voisines de la néo-membrane avec l'iléum, les chylifères sont remarquables par leurs dimensions et leurs boursouflements vésiculiformes, du volume d'un grain de chènevis au moins. Les lymphatiques de la néo-membrane sont rectilignes, parallèles; beaucoup de filaments néo-membraneux, isolés du reste du tissu de nouvelle génération, sont aussi parcourus par un gros lymphatique, une artère et une veine. Ces lymphatiques, de génération accidentelle, ont toutes les propriétés des autres, c'est-à-dire leur élasticité, qui fait que la matière injectée est chassée tout entière, goutte à goutte, par la solution de continuité qu'on pratique au vaisseau pour le remplir, lorsqu'on n'en pratique pas la ligature. Il y avait des veines du volume d'une grosse plume d'oie, qui des gros troncs veineux de la tumeur ovarique et du ligament large gauche se rendaient dans la grande mésentérique. Les autres, plus petites, étaient fort nombreuses; les plus grosses artères n'avaient que 2 millimètres de large. Des veines provenaient des réseaux capillaires de la surface et de la profondeur de la masse morbide, et les branches résultant de leur réunion se jetaient dans des rameaux de la mésentérique plus gros qu'elles. Par conséquent, ici c'est le sang des veines générales qui était ramené dans la veine porte.

Ces distributions vasculaires, et les changements dans le cours du sang qui en résultent, ne peuvent être indifférents pour l'interprétation des symptômes généraux et des malaises variables d'une heure à l'autre qu'on observe chez les personnes affectées de ces tumeurs, de cirrhose, etc. Il est certain aussi qu'elles méritent d'être décrites dans tous les cas de ce genre

aussi minutieusement que la tumeur elle-même, puisqu'il y a solidarité entre elles, et cette étude a été trop généralement négligée.

§ IV. — *Veines qui venant de l'intestin se rendent dans les veines générales, au lieu de se jeter dans la veine porte et dans le foie.* — Ces veines, plus nombreuses que celles qui des parois ventrales vont dans le foie ou dans la veine porte, ne sont pas plus qu'elles décrites dans les ouvrages classiques.

Elles méritent d'être signalées ici parce qu'elles communiquent aussi avec la veine porte d'un côté et avec les veines générales de l'autre. Seulement, inversement à celles que M. Sappey a décrites, leurs rameaux d'origine s'anastomosent avec les réseaux d'origine de la veine porte dans l'intestin, tandis que c'est leur tronc qui va se jeter dans les veines générales. Pour les précédentes, au contraire, ce sont les capillaires qui se continuent avec ceux des veines générales, et c'est le tronc veineux qui aboutit à la veine porte hépatique.

Je croyais, en 1846, avoir découvert ces veines très dignes de l'attention des anatomistes et des médecins, comme le prouve la question qui nous occupe, lorsque j'ai vu qu'elles avaient été parfaitement décrites par Retzius dès 1833. Son travail, publié en Allemagne, se trouve très exactement traduit dans les *Archives générales de médecine de* 1835, d'après un journal allemand qui avait lui-même reproduit en 1834 la première publication de Retzius. Néanmoins les traités d'anatomie ne parlent pas de ces veines.

Les groupes veineux découverts par ce célèbre anatomiste sont les suivants : 1° branches venant du duodénum, du côlon descendant et du rectum, se jetant dans la veine cave inférieure à différentes hauteurs, et pouvant être injectées déjà sur les enfants; 2° petites veines se rendant du côlon descendant à la veine rénale gauche ; 3° branches veineuses assez grosses allant du rectum aux plexus veineux spermatiques ; 4° réseau sous-péritonéal très fin donnant naissance à des veines petites, mais visibles à l'œil nu, communiquant avec les branches intestinales de la veine porte d'une

part, puis de l'autre avec les veines rénales et avec celles du bassin, qui se rendent dans la veine cave inférieure. L'injection de ces diverses sortes de veines, faite par la veine cave, montre que leurs rameaux d'origine viennent surtout des plexus veineux des membranes fibreuses et musculaires de l'intestin, tandis que l'injection poussée par la veine porte pénètre principalement dans le réseau sous-muqueux de l'intestin et dans la muqueuse. Mais ces vaisseaux s'anastomosent ensemble, et l'on injecte les uns par les autres, ou *vice versâ* (1).

Je n'ai pas trouvé d'observations de cirrhose dans lesquelles on ait signalé une circulation collatérale établie par la dilatation des plexus des parois intestinales, dans lesquels les origines de ces veines communiquent avec celles de la veine porte. Mais dans un cas d'hypertrophie fibreuse du pylore, dite squirrhe pylorique, s'étendant sur la première portion du duodénum, j'ai vu deux de ces veines, ayant pris le volume d'une plume de corbeau, se réunir ensemble pour se jeter dans la veine cave un peu au-dessus de la veine rénale droite. Dans un cas de tumeur de l'ovaire grosse comme le poing, comprimant l'S iliaque du côlon et lui adhérant, plusieurs veines de 1 à 2 millimètres de diamètre se sont injectées par la mésentérique inférieure, et l'injection est arrivée par elles dans les veines lombaires.

§ V. — *Terminaisons de la veine porte dans le foie se continuant avec les réseaux d'origine des veines sus-hépatiques qui se jettent dans la veine cave.* — Nous n'avons pas besoin, dans ce rapport, de nous occuper de cette portion de la veine porte, comme nous avons été obligés de le faire pour les précédentes. Cependant la veine porte hépatique nous intéresse ici sous deux points de vue qu'il suffira de mentionner :

1° C'est l'oblitération de ses capillaires par la cirrhose qui

(1) A. Retzius, *Bemerkungen ueber Anastomosen zwischen der Pfortader und untern Hohlader ausserhalb der Leber.* (*Zeitschrift für Physiologie von Tiedmann und Treviranus.* Heidelberg und Leipzig, 1833, in-4, t. V, p. 105.)

détermine le reflux du sang de cette veine dans les branches d'origine du système porte les plus rapprochées du foie, dont nous avons décrit la dilatation.

2° C'est dans les branches mêmes de cette veine porte hépatique et dans son sinus que se jettent les veines portes accessoires; d'où le reflux du sang, plus facile dans ces vaisseaux que dans toutes les autres portions du système porte; d'où, par suite, leur dilatation plus fréquente et leur rôle important dans la circulation collatérale.

Résumé. — Ainsi il résulte déjà de la première partie de ce rapport, qui est de beaucoup la plus étendue, que la question de la circulation collatérale de la veine porte, complexe par elle-même, s'est trouvée compliquée d'hypothèses toutes les fois qu'on n'a pas été guidé par des notions précises d'anatomie normale et pathologique; que le travail de M. Sappey, en éclairant celles-ci dans ce cas particulier, est venu lui donner une netteté qu'il était loin de posséder.

Maintenant que nous connaissons exactement l'anatomie normale et pathologique des veines qui parcourent le ligament suspenseur du foie, voyons quelle est la valeur des observations dans lesquelles la veine ombilicale a été décrite comme anastomosée avec les veines des parois du ventre et parcourue par du sang pendant la cirrhose.

Deuxième partie. — *Exposé et discussion des faits dans lesquels on a considéré la veine ombilicale comme étant la voie par laquelle le sang passe du système porte dans les veines des parois abdominales.* — Les auteurs qui ont parlé de la *veine ombilicale* comme jouant un rôle dans le passage du sang de la veine porte jusqu'aux veines des parois ventrales, variqueuses ou non, se sont appuyés parfois sur des faits très différents les uns des autres, qu'il importe pourtant de ne pas confondre. Parmi ces observations, les unes concernent de simples anomalies des veines du ligament falciforme sans maladie du foie; il en est une qui se rapporte à une dilatation de ces mêmes veines dans un cas morbide autre que la

cirrhose; il en est enfin dans lesquelles le foie était réellement cirrhosé.

Sur un homme de quarante-cinq ans, mort de méningite chronique, M. Ménière a trouvé une veine se détachant de la veine iliaque externe droite à l'endroit où elle passe sous l'arcade crurale. Suivant la direction du bord supérieur du pubis jusqu'à la symphyse, elle montait verticalement derrière la ligne blanche, dépassait l'ombilic, et gagnait l'épaisseur du bord postérieur du ligament triangulaire du foie et s'ouvrait dans le sinus porte hépatique largement distendu. De son origine à l'ombilic, elle avait le volume du doigt, et offrait çà et là des renflements avec des valvules placées dans leurs intervalles. Une valvule semi-lunaire se voyait derrière l'anneau ombilical. A ce niveau la veine offrait subitement un volume moitié moindre, puis se dilatait régulièrement en prenant une forme conique allongée jusqu'à son abouchement dans le sinus porte. Dans cette étendue elle était sans valvules et ses parois étaient épaisses. Un caillot se prolongeait des dilatations intravalvulaires dans la portion sus-ombilicale. De la forme et de la disposition du caillot il conclut que le cours du sang avait lieu de bas en haut (1).

Il n'est rien dit, dans cette observation, de l'état du ligament de la veine ombilicale, des veines épigastriques gauche et droite en particulier, si ce n'est que les tégumenteuses et

(1) M. Ménière compare, quant aux résultats pour le cours du sang, cette disposition anatomique anormale à celle que Jacobson a décrite chez les sauriens et les batraciens. Chez ces animaux indépendamment des veines des membres postérieurs et de la queue, qui vont se ramifier dans les reins, une branche née de la veine iliaque, de son côté, et réunie ou non sur la ligne blanche avec celle du côté opposé, va, sous le nom de *veine épigastrique* ou *abdominale*, se jeter dans le foie. — Ménière, *Observations relatives à une anastomose remarquable du système veineux général avec le système veineux abdominal*. (*Archives générales de médecine*. Paris, 1826, in-8, t. X, p. 381.) — Jacobson, *Recherches anatomiques et physiologiques sur un système veineux particulier aux reptiles*. (*Bulletin de la Société philomatique*. Paris, 1813, in-4.)

les musculaires des parois abdominales étaient dans l'état naturel.

M. Ménière donne, à la suite de son observation, la description d'un autre fait publié la même année par M. Manec, et qui fut observé sur un homme plus que sexagénaire (1). Il n'est rien dit de l'état du foie. Les artères et les veines épigastriques étaient normalement disposées. De la veine iliaque externe droite naissaient deux veines anormales, du volume d'une plume à écrire, qui se réunissaient en un tronc commun large, irrégulier, montant jusqu'à l'ombilic, en suivant la direction de l'artère épigastrique. Un peu au-dessus de l'ombilic, le tronc sortait par une éraillure de la ligne blanche, pour former sous la peau une tumeur du volume d'une noix. La veine rentrait ensuite dans l'abdomen par la même voie, se plaçait dans le bord postérieur du ligament suspenseur triangulaire, se plaçait au côté gauche du cordon fibreux, qui après la naissance représente la veine ombilicale, et ne se confondait avec ce cordon que dans le sillon horizontal du foie. Enfin, parvenue dans le sillon transversal, elle s'ouvrait dans le sinus de la veine porte.

Dans toute cette étendue, on pouvait disséquer le cordon fibreux qui succède à la veine ombilicale, et l'isoler de la veine dilatée ; au delà de cette limite, il y avait confusion de ces deux organes, et le dernier tiers représentait, dit M. Ménière, la *veine ombilicale* persistante, allant s'ouvrir dans le sinus de la veine porte. La portion sus-ombilicale du faisceau anormal était plus opaque et plus consistante que la portion sous-ombilicale. Le reste du système veineux abdominal fut trouvé régulier.

Ces deux observations, telles qu'elles ont été publiées, lais-

(1) Manec, *Recherches anatomico-pathologiques sur la hernie crurale*. Paris, 1826, in-4, thèse pour le doctorat, p. 28, 29, pl. II, fig. 3, n°s 3 et 4. — L'explication de la figure qui représente l'insertion de cette veine anomale indique qu'il s'agit d'une femme de trente ans, et non d'un homme plus que sexagénaire; mais le texte de la thèse de M. Manec, bien plus court que celui de M. Ménière, bien qu'il s'agisse du même fait, ne dit rien à cet égard.

sent le champ libre à toute interprétation. Celle qui a été adoptée par leurs auteurs et admise par ceux qui les ont copiés, se comprend lorsqu'on se reporte à l'état des connaissances anatomiques lors de ces publications. Mais pour quiconque a disséqué les veines portes accessoires décrites par M. Sappey, et en particulier celle qui accompagne le ligament de la veine ombilicale jusqu'à ses anastomoses avec les veines épigastrique et tégumenteuse, il n'est pas douteux qu'il s'agit d'une dilatation anormale de ces veines ayant amené une disposition anatomique analogue à celles que M. Sappey a observées dans les cas de cirrhose rapportés plus haut. Cela est surtout évident pour l'observation de M. Manec, dans laquelle le cordon de la veine ombilicale oblitérée a été recherché et trouvé intact dans les deux tiers de sa longueur.

Les antécédents de ces deux sujets ne sont pas assez connus pour qu'il soit possible d'affirmer s'il s'agit réellement là d'une anomalie congénitale, ou d'une dilatation suite de quelque état morbide.

M. Pégot (1) a soumis à l'examen de la Société anatomique une pièce montrant les tégumenteuses abdominales dont l'énorme développement variqueux recouvrait la paroi antérieure de l'abdomen. Elles communiquaient avec la veine ombilicale non oblitérée, qui se jetait dans la veine porte. Huit lignes sont consacrées à cette indication, dans laquelle il n'est rien dit de l'état des autres organes; elle est donnée sous le titre d'anomalie veineuse dans le *Compte rendu des travaux de la Société anatomique* pour 1832, lu par M. Sestier et imprimé dans le volume de cette année. Cette mention est importante, parce qu'une observation étendue d'une communication veineuse analogue se trouve dans le volume suivant, publiée aussi par M. Pégot, dont le nom est autrement écrit (comme on le voit ici). Elle est intitulée : *Tumeur variqueuse avec anomalie du système veineux et persistance de la veine ombili-*

(1) Pégot, *Anomalie veineuse*. (*Bulletins de la Société anatomique*. Paris, 1832, in-8, t. VII, p. 108, 109.)

cale, développement des veines sous-cutanées abdominales (1). C'est très probablement le même fait.

M. Cruveilhier (2) a publié cette même observation sous le titre suivant : *Dilatation des veines sous-cutanées abdominales, large communication de ces veines avec la veine porte, par l'intermédiaire de la veine ombilicale, qui avait conservé le calibre qu'elle présente chez le fœtus*, accompagnée d'une planche. Il s'agit d'un homme âgé de quarante-huit ans, mort avec un rétrécissement du pylore et une hypertrophie des membranes muqueuse, fibreuse et musculeuse de l'estomac, ayant présenté pendant sa vie les signes rationnels et sensibles du squirrhe pylorique. Foie petit, mais sain. Pendant la vie, des veines du volume de grosses sangsues rampaient sous la peau depuis le pubis jusqu'à l'ombilic, où existait une cirsomphale ou varicomphale, qui gonflait lorsqu'on faisait tousser le malade, et sur cette région le stéthoscope faisait entendre un léger bruissement. Les veines sous-cutanées, fort contournées, formaient un système à droite et un à gauche, sans anastomose sur la ligne médiane. Elles s'anastomosaient avec les *veines épigastriques* au travers des muscles droits de l'abdomen, mais celles-ci *n'étaient cependant pas dilatées*.

A l'ombilic étaient deux tumeurs formées chacune par une veine très dilatée, repliée sur elle-même.

La disposition des veines n'est pas décrite au delà de l'ombilic ; il n'est rien dit du ligament suspenseur du foie ni du

(1) Pégot, *Bulletins de la Société anatomique*. Paris, 1833, in-8, t. VIII, p. 49 à 57.

(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*. Paris, 1832, in-folio, XVIe livraison, pl. VI, MALADIE DES VEINES. — On trouve en note au bas de la page : « Observation et pièces recueillies dans le service de M. Kapeler, » à l'hôpital Saint-Antoine, et présentées à la Société anatomique par » M. *Sicaud*. » Il y a là erreur, car dans les *Bulletins de la Société anatomique* elle est publiée par M. *Pégot*, et c'est bien le même malade observé dans le service de M. Kapeler, nommé Bressoles ou *Bressales*, âgé de quarante-huit ans, ancien soldat ayant reçu des coups de crosse de fusil sur le ventre, etc., etc.

ligament rond, etc., bien que l'oblitération du canal veineux soit mentionnée.

La planche représente une veine unique, grosse comme le petit doigt, repliée en S, étendue de l'ombilic au sinus de la veine porte, près duquel elle se dilate et dans lequel elle s'abouche.

Ces veines ont été injectées *par la sous-cutanée abdominale, et ce sont ces dernières qui sont dilatées ;* mais il n'est pas dit avec quelles veines elles communiquent au bas de l'abdomen, et la figure ne le montre pas. Mais on trouve indiqué dans les *Bullet. de la Société anatomique* que M. Pégot ayant coupé les parois abdominales en bas, n'a pu voir où ces veines dilatées communiquaient avec celles de la cuisse. M. Pégot considère cette disposition comme due à une persistance congénitale de la veine ombilicale; mais comme avant le développement de ces veines le malade avait reçu de nombreux coups de crosse de fusil sur le ventre, à la suite desquels il avait été laissé pour mort, comme ensuite il avait eu pour profession de tourner une roue de machine, il pense que c'est aux suites de ces coups et aux efforts exigés par sa profession, qu'on devait attribuer le développement variqueux de ces veines, dont le malade s'est aperçu un an après avoir reçu des coups sur le ventre.

M. Cruveilhier considère au contraire cette affection comme une hypertrophie veineuse, avec dilatation bien distincte de la varice proprement dite ou dilatation latérale ; il pense aussi que la communication avec la veine ombilicale est une anomalie congénitale, mais ne pouvant se rattacher à une communication normale entre les veines tégumenteuses et l'ombilicale, puisque cette communication n'existe pas. Il ne croit pas que la veine oblitérée soit redevenue perméable. Il considère comme plus probable qu'une veine des parois de l'abdomen peut communiquer, par anomalie congénitale, avec la veine ombilicale, et que c'est par suite de ce fait qu'elle reste perméable.

Il serait difficile de mettre en doute l'origine accidentelle de cette dilatation des veines tégumenteuses, en songeant aux

antécédents de ce malade. Le petit volume du foie ferait croire en outre à une cirrhose, s'il n'était indiqué comme tout à fait sain. Mais quant à la communication de la veine tégumenteuse de l'abdomen avec la veine ombilicale, il était possible autrefois de l'admettre, faute de mieux, pour se rendre raison de l'existence du vaisseau gagnant le sinus de la veine porte; mais on ne saurait en faire autant aujourd'hui, car en réalité les dessins qui accompagnent cette observation représentent un état de grande dilatation de l'une des veines décrites par M. Sappey, et de ses anastomoses, plus que toute autre disposition anatomique.

Rokitansky, en 1844, le premier par conséquent, admit contre toute preuve, ainsi que je l'ai déjà dit (p. 949), que chez quelques individus on trouve une anastomose entre la veine ombilicale et les veines des parois du ventre, et qu'une de ces veines anastomotiques en particulier traverse l'anneau ombilical. Cette anastomose serait la condition de la perméabilité de la veine ombilicale après l'accouchement, et d'une communication anormale entre le système veineux général et celui de la veine porte. « Dans ces cas, dit-il, les veines des parois ventrales deviennent variqueuses, parce que sans doute le courant sanguin rend difficile l'évacuation de leur contenu dans le tronc de la veine porte par l'intermédiaire de la veine ombilicale, et assurément aussi du sang de la veine porte entre dans la veine ombilicale. » Il décrit la forme des amas de veines sous-cutanées, et en cite trois exemples, sans dire comment avait lieu spécialement cette communication. Il remarque que, dans aucun de ces trois cas, le foie n'était normal; dans l'un il était granuleux, c'est-à-dire cirrhosé, et *dans les deux autres* il y avait oblitération de plusieurs rameaux de la veine porte par pyléphlébite adhésive (1).

Bamberger a publié une observation de cirrhose très caractérisée, dans laquelle les veines sous-cutanées, depuis le voisi-

(1) Rokitansky, *Pathologische Anatomie*. Wien, 1844, in-8, t. II, p. 673, 674. — La 2e édition (1856, t. II, p. 369) reproduit, mais très abrégées, ces notions déjà fort peu détaillées.

nage du pli de l'aine et de l'ombilic jusqu'à la face antérieure du sternum, étaient très dilatées, flexueuses, anastomosées, ainsi que les mammaires internes. Elles communiquaient, dit-il, avec la *veine ombilicale* perméable par un rameau qui était large de 9 millimètres à son point d'abouchement, et rétréci çà et là par des duplicatures de sa membrane interne. De ce lieu d'abouchement jusqu'à la veine porte, la veine ombilicale était aplatie, large de 18 millimètres et longue de 21 centimètres, Du point de communication de ce rameau jusqu'à l'ombilic, la veine ombilicale était large d'un millimètre et demi environ, et longue de 10 centimètres. Au lieu d'abouchement de la veine ombilicale dans la veine porte se trouvait un sinus semi-lunaire s'étendant derrière l'ouverture de la veine ombilicale principalement. Pendant la vie, la main faisait sentir un frémissement, et le stéthoscope décelait un murmure continu dans ces veines (1).

En comparant cette description aux pièces de cirrhose avec injection des veines que M. Sappey nous a montrées, on a tout lieu de croire que la dissection de Bamberger a été faite sur une pièce non injectée. La description en est incomplète ; c'est ainsi qu'il n'est pas fait mention de l'existence ou de l'absence du ligament de la veine ombilicale. Les caractères des parois de cette prétendue veine ombilicale, qui du diamètre de 18 millimètres retombe brusquement à 1 millimètre et demi environ, ne sont pas décrits. Cette portion étroite, qui, si elle appartenait à la veine ombilicale, devrait avoir des parois épaisses, n'est pas décrite au delà de l'ombilic, dans la persuasion, sans doute, qu'elle ne pouvait être que la veine ombilicale ; mais, en présence des pièces de M. Sappey, on ne peut s'empêcher de penser que si la dissection avait été poussée plus loin, on aurait vu la continuation de cette veine avec l'épigastrique droite ou gauche. On reste convaincu aussi qu'il ne s'agit point là de la veine ombilicale, mais de cette veine porte accessoire décrite par M. Sappey,

(1) Bamberger, *Granulirte Leber*. (Schmidt's *Jahrbuecher der gesammte Medicin*. Leipzig, 1851, in-4, t. LXXII, p. 196, 197.)

qui, de l'ombilic au sinus de la veine porte, suit le ligament falciforme, et qui s'est fort dilatée jusqu'au niveau d'une de ses anastomoses sus-ombilicales avec les veines des parois du ventre, tandis qu'elle n'a subi qu'une dilatation beaucoup moindre plus bas, jusqu'à sa communication avec l'épigastrique.

Bamberger accompagne cette observation des remarques suivantes. La règle, dans le foie granuleux ou cirrhosé, est de trouver une dilatation et une multiplication insignifiantes des veines des parois ventrales; le plus souvent on voit seulement les veines épigastriques superficielles ou mieux tégumenteuses élargies, ainsi que quelques troncs plus ou moins gros du voisinage des lombes, qui se portent en avant et se réunissent avec les précédentes pour s'aboucher dans les veines mammaires internes et les intercostales. Plus rarement, toute la face antérieure des parois abdominales est parcourue par de nombreuses veines dilatées. Cet élargissement des veines provient seulement de la pression qu'éprouve la veine cave inférieure de la part de la masse de liquide épanchée dans l'abdomen; car on observe, dit-il, ces mêmes lésions dans le plus haut degré de l'ascite provenant d'autres causes, dans les cas de tumeurs comprimant la veine cave, de tumeurs de l'ovaire et de rétrécissement ou d'oblitération de la veine cave. Le courant repoussé de la veine cave chercherait par un détour à gagner le cœur, ce qu'il fait encore par élargissement de l'azygos. Dans la cirrhose, où le sang de la veine porte est aussi gêné dans son cours, il serait en partie amené aux parois abdominales par les anastomoses des veines hémorrhoïdales internes distendues, avec les veines cutanées qui se jettent dans les branches de l'hypogastrique. Non plus que les auteurs qui l'ont précédé ou l'ont suivi, il n'apporte des preuves fournies par l'observation à l'appui de cette distension des hémorrhoïdales dans la cirrhose.

Mais plus souvent encore, ajoute-t-il, l'union du courant sanguin de la veine porte avec le cœur est établie par un élargissement des veines diaphragmatiques, œsophagiennes, cardiaques, et de leurs anastomoses avec les rameaux de la veine porte. Nous avons vu (p. 963) que ce fait a réellement été con-

staté, mais il n'apporte à l'appui aucun fait qui lui soit propre. Pour Bamberger, dans le cas présent, la *veine ombilicale fœtale*, à l'aide du court rameau de communication décrit plus haut (p. 980), portait le sang de la veine porte dans les veines épigastriques et mammaires. Reste à savoir, pour lui, si cette perméabilité de la veine ombilicale, déjà décrite plusieurs fois, est une anomalie de naissance, comparable à la persistance du trou de Botal ou du canal artériel, ou si cette veine déjà oblitérée est devenue de nouveau perméable sous l'influence de la gêne de la circulation. De ces deux hypothèses, la première est la plus probable pour Bamberger comme pour M. Cruveilhier, et l'on devrait, suivant lui, rechercher si la veine ombilicale ne resterait point pourvue peut-être d'un petit canal par oblitération incomplète, qui pourrait s'élargir dans les cas de gêne de la circulation du sang dans le foie.

Puis, partant de cette hypothèse, Bamberger, sans se préoccuper de chercher s'il y a oui ou non des branches capillaires ou autres allant de la veine ombilicale aux veines épigastriques et mammaires, ce que l'on sait ne pas être, dit que *la perméabilité de la veine ombilicale* se laisse diagnostiquer lorsqu'il naît un grand nombre de veines cutanées au-dessus de l'ombilic et dans son voisinage, avec un courant sanguin *se dirigeant en haut.* Ce mode de circulation collatérale indique toujours une imperméabilité d'une partie de l'arbre de la veine porte par rapport au cours du sang. Cet obstacle peut résulter d'une inflammation adhésive ou d'une oblitération des plus gros rameaux de la veine porte, ou du rétrécissement et de l'oblitération des plus fins qui se rendent aux granulations hépatiques.

M. Sappey cite dans son mémoire, d'après des notes données par M. Aran, deux autres cas de communication de la veine porte par la prétendue veine ombilicale avec les veines épigastriques, qu'aurait publiés Bamberger; mais votre rapporteur n'a pas trouvé qu'il fût fait mention de cette communication dans les quatre observations du mémoire auquel il a emprunté les données précédentes, ni dans les recueils qu'il a pu consulter. Bamberger a signalé antérieurement la rapidité de l'appa-

rition d'une circulation collatérale à celle de la veine porte par les veines du bas ventre pendnnt la cirrhose, mais sans donner aucun détail sur les branches qui en sont le siége (1).

Le fait de Rokitanski et celui de Bamberger sont les seules observations de *cirrhose* dans lesquelles, jusqu'à présent, on a décrit *la veine ombilicale* comme restée ou redevenue perméable, et pouvant servir à la circulation collatérale en communiquant avec les veines des parois du ventre pendant cette maladie. Bock, cité plus haut, Rokitanski dans sa nouvelle édition, Bamberger et M. Gubler ont généralisé le fait, mais sans preuves ni observations nouvelles ajoutées à celles que je viens de reproduire.

Or, depuis la découverte des veines portes accessoires qui suivent les ligaments suspenseur et falciforme du foie, M. Sappey a rencontré cinq cas de cirrhose avec dilatation de ces veines le long du cordon de la veine ombilicale, et ce rapport vous les a fait connaître (2).

Nous avons vu que les auteurs cités plus haut ont négligé l'étude d'une partie des organes qu'il aurait fallu prendre en considération pour démontrer la vérité de leurs interprétations, tels que le ligament qui succède à la veine ombilicale, et surtout les veines portes accessoires, qui toutefois n'étaient pas encore connues. Il y a donc tout lieu de croire que ce qui

(1) Bamberger, *Beobachtungen aus der medicinischen Klinik.* (Schmidt's, *Jahrbuecher für gesammte Medicin.* Leipzig, 1850, in-4, t. LXVIII, p. 117.)

(2) Il est remarquable de voir que dans aucune des dissections de dilatation des veines pendant la cirrhose, publiées par des médecins, il n'est fait mention du ligament qui succède à la veine ombilicale, tandis que dans les cas analogues les anatomistes seuls, MM. Manec et Sappey, l'ont disséqué et décrit. On est frappé aussi, en lisant la relation des autopsies, du peu de soins que les médecins ont donné à la recherche exacte du mode de communication de la veine porte avec les veines générales. Il semblerait qu'ils ont pris à tâche de prouver ce que l'on a parfois osé dire, savoir, que l'anatomie est d'une médiocre utilité pour les médecins..

a été nommé par ces auteurs *veine ombilicale* anastomosée avec les veines des parois ventrales doit être appelé *veine porte accessoire distendue pathologiquement*. Nous avons déjà vu que l'absence d'anastomose entre la veine ombilicale chez le fœtus et les veines des parois du ventre, que d'autre part la disposition du cordon de la veine ombilicale chez l'adulte appuient cette conclusion; ces faits auraient dû depuis longtemps diriger les recherches des anatomo-pathologistes du côté vers lequel M. Sappey a porté les siennes.

Quoi qu'il en soit, nous trouvons que ce dernier anatomiste était autorisé à conclure de ses travaux que les faits morbides, qui ont été considérés comme attestant la persistance de la veine ombilicale chez l'adulte, pourraient être considérés, avec plus de raison, comme autant d'exemples de dilatation avec hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie.

Troisième partie. — *Des changements qui surviennent dans le cours du sang des vaisseaux qui se dilatent pathologiquement.* — Le double travail de dilatation et d'hypertrophie des veines portes accessoires s'opère sous l'influence du sang qui, ne pouvant traverser les capillaires hépatiques de la veine porte, reflue en quantité de plus en plus grande dans les veines précédentes voisines du foie, qui communiquent normalement avec le sinus porte ou avec les branches peu éloignées de ce sinus.

Les auteurs qui ont vu une veine allant de celles des parois abdominales jusque dans le sinus porte le long du ligament falciforme, soit par anomalie, comme dans le cas de M. Ménière, soit pathologiquement à la suite de coups, comme dans l'observation de M. Pégot, soit dans la cirrhose, comme Rokitanski, ont admis que le sang parcourait cette veine de bas en haut, comme il le fait dans la veine ombilicale avant la naissance. Bamberger admet bien (p. 982) que ce vaisseau conduit le sang du sinus porte vers les veines sous-cutanées abdominales; mais, dans celles-ci, le sang remonterait de bas en haut vers les intercostales et les sous-clavières, comme dans l'azygos.

M. Gubler, sans parler des veines ombilicale et autres du ligament falciforme, admet que de proche en proche, de plexus en plexus, les radicules de la veine porte se dilatent en allant des hémorrhoïdales internes ou supérieures jusque dans les branches de la veine hypogastrique ; il pense, comme Bamberger (p. 981), que le sang suit également cette direction et arrive, par des anastomoses peu connues, jusque dans les veines épigastriques et sous-cutanées abdominales qui se dilatent. Mais en lisant ce qui précède, on reste convaincu que si les auteurs dont je viens de parler avaient su qu'il existât des communications indirectes entre le sinus de la veine porte et certaines branches hépatiques de celle-ci avec les veines épigastriques et sous-cutanées du ventre, ils en auraient tenu compte dans l'interprétation des faits pathologiques analogues à ceux de M. Sappey, qu'ils ont cherché à expliquer autrement.

En effet, l'oblitération due à la cirrhose ayant lieu dans les capillaires de la veine porte hépatique, dès que le sang éprouve en ce point un obstacle et tend à se porter du foie vers les origines veineuses d'où il vient déjà, il pénètre dans les voies les plus rapprochées de l'obstacle, qui lui sont offertes par les veines portes accessoires ou du ligament suspenseur.

Ce qui a lieu ici est analogue à ce qu'on voit dans le cas de compression d'une veine par une tumeur ; ce sont, en effet, les veines les plus rapprochées de l'obstacle qui donnent passage au sang jusque dans les veines voisines, et ce n'est point par les anastomoses placées à l'origine de la veine oblitérée que s'établit une circulation collatérale.

Les anastomoses des origines de la veine porte abdominale n'ont été vues dilatées au point de servir à une circulation collatérale dans les parois du ventre de la manière indiquée par Bock, Bamberger, M. Gubler, etc., que dans des cas pathologiques distincts de la cirrhose. Ce sont ceux d'oblitération du tronc de la veine porte par suite de phlébite, etc. (Voyez p. 965). Ici, en effet, le sang est arrêté au-dessous du foie, au-dessous, par conséquent, du point d'abouchement des veines portes accessoires dans la veine porte

hépatique; il ne peut donc pas arriver dans celles-ci. Il passe alors par les anastomoses avec les veines générales placées au-dessous de l'obstacle, par les plus voisines même de l'obstacle.

C'est ce que prouvent l'observation de M. Reynaud et celle de Virchow, les deux seules de ce genre dans lesquelles on trouve déterminées, d'après une dissection, les espèces de veines servant à établir la communication entre les deux systèmes. En lisant les cas d'oblitération de la veine porte avec dilatation des veines sous-cutanées du tronc, qui sont assez nombreux, il y a lieu de penser, avec beaucoup d'auteurs, que le sang intestinal reflue en dilatant les anastomoses des deux systèmes qui existent dans le bassin. Ce doivent être surtout les hémorrhoïdales moyenne et inférieures, ainsi que les vésico-prostatiques et les vagino-vésicales qui communiquent largement avec le plexus hémorrhoïdal, toutes branches de l'hypogastrique. Ces veines versent alors à l'extrémité inférieure de la veine cave le sang qui devait ne lui arriver que bien plus haut par les sus-hépatiques après avoir traversé le foie.

De là une gêne au passage du sang des veines crurale et iliaque jusque dans la veine cave par trop grand afflux en un même point. De là, par suite, la distension des veines sous-cutanées qui se jettent près de l'abouchement de la saphène. Il n'est pas impossible, du reste, que dans les cas d'oblitération de la veine porte la dilatation des plexus hémorrhoïdaux s'étende aux veines honteuses externes qui vont dans la saphène, et aux veines fessières latérales sous-cutanées qui se jettent dans la tégumenteuse adbominale. Mais des dissections à l'appui de tout ce côté de la question manquent encore, et tout montre qu'on doit les attendre avant de se prononcer formellement.

Pendant la cirrhose, suivant M. Gubler, le sang dérivé de la veine porte, lorsqu'il est parvenu dans les veines épigastriques et sous-cutanées abdominales, au lieu de prendre le chemin le plus court pour arriver dans les grosses veines du membre inférieur ou du bassin, comme semblerait l'y inviter le sens même du courant veineux normal, *remonte contre*

ce courant et contre les lois de la pesanteur dans l'épaisseur de la paroi abdominale, passe dans la mammaire interne et la thoracique externe, etc., etc. (1).

Il est difficile à première vue, ajoute M. Gubler, de donner la raison d'une pareille anomalie. Comment se fait-il, en effet, que la veine sous-cutanée abdominale ne se décharge pas immédiatement dans la saphène interne, du sang qu'elle reçoit à la fois de la veine des parois abdominales (2)?

Après avoir admis que le sang gagne ainsi la mammaire interne et la thoracique externe, et par là les sous-clavières et la veine cave supérieure, M. Gubler cite une expérience de M. Piorry sur ce sujet. Cette expérience prouverait que, dans ces conditions morbides, le sang remonte contre les lois de la pesanteur, et contrairement à son cours normal, dans les veines épigastriques et sous-cutanées abdominales; celles-ci conduiraient ainsi par anomalie le sang de leur point le plus large vers leurs capillaires à la façon des artères. Cette expérience consiste à chasser le sang de la sous-cutanée vers le pli de l'aine par une friction rapide de haut en bas. On voit alors (p. 64-65) ce liquide revenir de bas en haut, de son embouchure du côté de ses capillaires.

Mais on doit objecter ici que cette friction amène une distension de la veine tégumenteuse qui est plus rapide que le cours du sang dans les veines crurale et iliaque; cela fait que, par élasticité, la première revient sur elle-même et repousse où il était le sang qu'on vient de chasser.

Ainsi on voit les médecins, forcés de se rendre compte des voies par lesquelles le sang dans la cirrhose passe de la veine porte dans les veines générales, ne pouvoir parvenir à se

(1) Gubler, *loc. cit.*, p. 64.

(2) Gubler, *loc. cit.*, p. 65. Les faits que M. Giraldès (Lettres au rédacteur du journal *le Progrès*, mai 1859) a considérés comme tendant à prouver que les voies de circulation collatérale dans la cirrhose décrites par M. Sappey avaient déjà été vues par Kiernan et par M. Gubler ne sont point autres que ceux cités ici et plus haut (p. 963 et p. 968). On peut voir, en les relisant, que les interpréter de la sorte serait commettre une erreur.

faire une idée exacte de ce phénomène, faute de notions suffisantes d'anatomie normale. Les uns cherchent à l'expliquer sans prendre en considération les veines du ligament falciforme, tandis que c'est la route qu'il suit habituellement et principalement. Les autres, après avoir vu l'une de ces veines dilatées, l'appellent faussement ombilicale; dès lors ils sont obligés de lui accorder une anastomose anormale assez fréquente, que lui refuse l'anatomie; mais ils n'en sont pas moins conduits, comme les premiers, à faire suivre au sang une direction opposée à celle qui lui est ordinaire, à le faire progresser de bas en haut dans les parois abdominales, tandis qu'il coule de haut en bas.

S'appuyant sur les données anatomiques qui ont été décrites plus haut et sur l'observation directe des malades, M. Sappey démontre dans son mémoire que, contrairement à ce qu'ont admis les auteurs précédents, le sang continue, pendant la cirrhose, à circuler comme à l'état normal dans la veine porte intestinale, jusqu'au foie, éprouvant là un obstacle qui augmente graduellement à mesure que par les progrès du mal les réseaux capillaires portes s'oblitèrent : graduellement aussi, dans ces conditions morbides, comme dans tous les cas analogues d'une circulation collatérale anastomotique, il pénètre par les conduits les plus voisins de l'obstacle, qui sont les veines portes accessoires. Celle qui suit le ligament rond du foie, qui est privée de valvules et se jette dans le sinus porte, est en particulier le mieux disposée pour cela. Dans ces veines portes accessoires seules, le sang circule d'une manière anormale, opposée à son cours habituel.

Le sang qui traversait le foie passe alors dans ces veines, et les parcourt de leur partie la plus volumineuse vers leurs branches d'origine et leurs anastomoses, tandis qu'auparavant celui qui leur arrivait normalement des parois ventrales les parcourait en sens inverse. Ces vaisseaux se distendent alors peu à peu, ou au moins certains d'entre eux, et s'hypertrophient. Ils portent du sang de haut en bas dans les veines épigastriques et tégumenteuses avec lesquelles ils s'anastomosent. Mais dans celles-ci la direction du cours sanguin ne

change pas, elle reste normale; la quantité de liquide augmente seule et entraîne avec elles la dilatation, l'hypertrophie et la production des flexuosités variqueuses, décrites depuis longtemps. Nous croyons donc que M. Sappey a eu raison d'avancer que les veines dilatées dans le ligament falciforme, ainsi que les épigastriques et les tégumenteuses, sont parcourues de haut en bas par le sang et non de bas en haut comme l'admettent les auteurs dont nous avons analysé les travaux.

La direction du courant sanguin n'est pas changée non plus dans les veines des parois abdomino-thoraciques sus-ombilicales, dans les circonstances où la dilatation des épigastriques ne suffisant pas à la dérivation, les veines précédentes se dilatent; le sang continue en effet à les parcourir de bas en haut, comme à l'état normal. Ces veines peuvent être les intercostales antérieures, et la mammaire interne allant dans le tronc brachio-céphalique, comme dans le cas de Bamberger, cité plus haut. Ce peuvent être aussi les thoraciques externes correspondant aux artères de ce nom, dont les principales sont les deux, et parfois trois *mammaires externes ou thoraciques longues ou inférieures*, allant dans l'axillaire, fait qui semble avoir existé dans une ou deux des observations rapportées par M. Monneret. Ce peuvent être enfin les *thoraciques superficielles ou sous-cutanées*, allant dans les jugulaires antérieures, près de leur abouchement dans les sous-clavières, comme dans le cas de Bamberger. Ce fait existait probablement aussi chez le sujet d'une observation de M. Monneret, dont il est dit que les veines de l'abdomen, de la poitrine, du cou et de la face du côté droit étaient dilatées, sans trace d'œdème ni d'ascite (1).

La dilatation des veines superficielles des parois abdomi-

(1) Monneret, *loc. cit.*, *Archives générales de médecine*. Paris, 1852, t. XXIX, p. 395 à 397. — Dans une des observations de M. Monneret, on lit encore : « Les veines du tronc et même des membres avaient pris un volume très notable, et l'on ne trouvait plus trace de l'ascite dont j'avais constaté l'existence deux mois auparavant. Le foie était cirrhosé. »

nales peut donc, ainsi que le remarque M. Sappey, être considérée, dans la très grande majorité des cas, comme un symptôme d'une cirrhose avancée; et bien que ce symptôme accuse toujours une cirrhose ancienne et incurable, il doit être accueilli cependant comme un signe favorable, puisqu'il écarte ou diminue les causes de l'ascite. Mais en diminuant les causes de l'ascite, l'afflux du sang dans les veines des parois abdominales gêne la circulation dans leurs tissus; aussi M. Monneret a-t-il noté que la paroi abdominale est œdématiée de bonne heure, et le derme lui-même infiltré, avant que la quantité du liquide épanché dans la tunique séreuse soit assez grande pour qu'on puisse expliquer cet œdème par la distension des parois abdominales.

Le courant sanguin qui a lieu dans les veines superficielles dilatées détermine un léger murmure vasculaire, perceptible au stéthoscope, signalé pour la première fois par M. Pégot, constaté ensuite par Bamberger, puis par MM. Trousseau et Sappey.

Inutile d'ajouter que, à l'exception de la présence des varices abdominales pendant la cirrhose, les traités classiques de pathologie passent sous silence les importantes questions d'anatomie et de physiologie pathologiques que vous nous avez chargé de discuter.

Avant de vous présenter nos conclusions, qu'il soit permis à votre rapporteur de faire quelques remarques générales, que suscite naturellement l'exposé précédent.

Jusqu'à présent, les lésions ont été principalement étudiées en elles-mêmes, dans l'organe qui en est le siége, et surtout au point de vue de la forme, de la couleur et de la consistance acquises par le tissu malade. Mais déjà l'anatomie générale est venue faire sentir son influence rénovatrice, au milieu des notions que fournit ce premier ordre d'études, en faisant connaître les changements de structure des éléments anatomiques dont cette couleur ou cette consistance des organes ne sont que le résultat.

Parallèlement à ce progrès, l'anatomie descriptive doit étendre ses investigations aux modifications qui surviennent

d'une manière corrélative dans les organes voisins de celui qui est principalement altéré, ou qui sont solidaires quant à leurs usages. Or, parmi ces modifications, celles qui ont lieu dans les vaisseaux sont certainement des plus fréquentes et aussi des plus importantes pour la pathologie. Ce dernier fait est incontestable pour qui connaît la différence énorme de vascularité entre les intestins et leurs annexes pendant la digestion ou dans ses intervalles, pour qui a étudié expérimentalement l'influence de l'afflux ou du retrait du sang sur les usages de chaque organe. Les altérations du pancréas, du foie et du rein, les tumeurs des ovaires, celles de l'utérus amènent des changements dans la vascularité normale de ces organes et de ceux qui les avoisinent; elles rendent volumineuses des anastomoses auparavant invisibles ou insignifiantes, à ce point que tout anatomiste qui a vu ces dispositions reste poursuivi par l'idée qu'ils doivent remplir un rôle important comme cause d'un certain nombre des symptômes qu'on observe dans ces affections. En voyant le développement de ces vaisseaux et ces communications vasculaires morbides, on se rend compte de ces troubles congestifs ou inflammatoires inattendus, de ces malaises, douleurs ou autres phénomènes inhabituels, qui surviennent par moments, ou pendant la digestion, puis disparaissent, sans cause apparente, dans les cas d'affections chroniques de l'utérus, des ovaires, du pancréas, etc.

Ce que l'on sait déjà de l'influence d'un excès ou d'une diminution de l'afflux sanguin dans le bien-être ou le malaise pendant l'état de santé, fait prévoir ce qu'il peut en être dans les cas morbides, où le sang qui arrive à un organe n'est pas celui qu'il reçoit ordinairement, ou bien n'a pas éprouvé l'élaboration qui lui est habituelle. Tel est le cas où le sang reflue du foie vers la veine cave et arrive au poumon sans avoir traversé le premier; tel est, d'autre part, celui où c'est le sang des tumeurs de l'ovaire ou de l'utérus qui arrive dans la veine porte, et de là au foie, comme j'en ai cité plus haut un exemple.

Il est certain que le volume et la disposition de ces conduits

vasculaires jouent un rôle important dans les usages que remplissent ces divers organes. Il n'est pas moins certain que les changements qui surviennent dans ces vaisseaux, consécutivement à la lésion du tissu propre, sont aussi importants à connaître pour se rendre compte des accidents dont j'ai parlé plus haut, que la connaissance de leur état normal est nécessaire pour étudier leurs actions naturelles.

Dès l'instant où ces lésions vasculaires existent, elles doivent être décrites avec la même netteté et la même précision que les veines normales et que les altérations du tissu propre de l'organe. La physiologie de ces dispositions anatomiques nouvelles qui nous rendra compte des troubles fonctionnels observés, pourra dès lors être faite à son tour.

Ce n'est pas sans regret que votre rapporteur reconnaît que c'est inutilement que depuis dix ans il cherche à faire sentir à ses élèves l'importance qu'il y aurait à parcourir quelque partie du champ de ces études ; elles exigent des injections partielles, suivies de dissection, devant être faites à l'hôpital en commençant l'autopsie, dont c'est une partie indispensable. On reconnaîtra que, sous ce rapport, les autopsies, telles qu'elles sont faites habituellement, laissent beaucoup à désirer, et malheureusement il n'existe nulle part, dans les écoles, de laboratoire disposé de manière que ces injections puissent être faites lorsque des cas convenables se rencontrent. Aussi y a-t-il à craindre que les lacunes que nous venons de signaler ne soient longtemps à se combler, tant que les choses resteront dans l'état où elles sont. Cependant, quelque difficile que soit le travail à faire à cet égard, il faudra nécessairement qu'il soit accompli, si l'on veut arriver à se rendre compte d'un grand nombre de phénomènes trop négligés dans les affections chroniques.

Le travail de M. Sappey vient déjà combler une de ces lacunes et trace la marche à suivre dans l'étude de cet ordre de questions, car on peut dire qu'il a dans ce cas particulier remplacé l'erreur par la vérité. Le premier, en effet, il a dit que ce sont des veines portes accessoires, des veines normalement anastomosées avec les veines générales, qui ramènent

à celles-ci, en se dilatant, le sang de la veine porte lorsqu'il éprouve un obstacle dans l'épaisseur du foie, et non pas des veines anormales. En rattachant ainsi un phénomène morbide à sa véritable cause naturelle, et montrant le sens réel du courant sanguin, il fait voir de quel côté doivent être dirigées les recherches des pathologistes; il doit les conduire ainsi à constater cette dilatation toutes les fois qu'elle existe, car le fait paraît être fréquent et avoir passé inaperçu dans bien des circonstances où il existait.

C'est là une réponse entre mille à ceux qui voudraient prétendre que l'anatomie est peu utile aux médecins. Il faut s'entendre à cet égard : l'anatomie dont s'aident les chirurgiens n'est pas celle qui sert principalement aux progrès de la pathologie interne, ou du moins ne lui est pas utile sous les mêmes rapports qu'à cette dernière. Celle qui est nécessaire à celle-ci est précisément l'anatomie dont il a été question plus haut; celle qui est dite quelquefois anatomie fine, ou mieux anatomie de texture et de structure, qui au contraire ne sert aux chirurgiens que d'une manière indirecte. C'est cette anatomie qui montre l'arrangement réciproque des parties élémentaires, de l'action desquelles les actes qui nous sont perceptibles au premier coup d'œil sont la résultante; c'est celle aussi qui montre la disposition des organes trop petits pour que le couteau du chirurgien ait à les prendre en considération, mais qu'il doit connaître néanmoins; car comme les vaisseaux dont il s'agit dans ce rapport, il n'y en a pas qui ne puissent augmenter de volume par des altérations graduelles, au point de devenir une source d'accidents ou de jouer un rôle notablement différent de celui qu'ils remplissaient d'abord.

Il résulte donc de la discussion que vous venez d'entendre que des résultats annoncés par M. Sappey, les uns, tels que ceux qui concernent l'existence de veines portes accessoires abdominales et diaphragmatiques, la direction du cours du sang, dans ces veines dilatées, sont neufs et vrais en même temps; que les autres, s'ils avaient déjà été vus, tels que la dilatation d'une des veines du ligament falciforme et sa

communication avec celles des parois abdominales, le premier il a bien interprété la nature de ce vaisseau et a tiré de l'erreur dans laquelle on était à son égard.

En conséquence, votre commission vous propose de vouloir bien adopter les conclusions suivantes :

1° De remercier M. Sappey de sa communication et de l'engager à faire part à l'Académie de la suite de ses recherches ;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

— Le mémoire de M. Sappey sera inséré dans le t. XXIII des *Mémoires de l'Académie de médecine.*

—

ERRATA. — Le nom de M. Pégot est orthographié *Peygot* dans les *Bulletins de la Société anatomique* de l'année 1832, dans la *Table analytique générale des matières* de ces *Bulletins*, et par quelques auteurs qui ont cité l'*anomalie veineuse* qui s'y trouve mentionnée. La commission a dû l'écrire ainsi et rétablir ensuite l'orthographe de ce nom d'après les *Bulletins* de 1833, en analysant le travail de M. Pégot, publié cette année-là. Conséquemment, à la première ligne du dernier alinéa de la page 976 et au renvoi correspondant, il faut lire *Peygot* au lieu de Pégot, parce que ces mots y sont orthographiés d'une seule manière, d'après un changement typographique fait en dehors des corrections de la Commission, ce qui rend incompréhensible la fin de cette page. — Page 962, à la note (2) ajoutez : 1745.

—

COMMUNICATION.

M. BOUCHUT montre une pièce d'anatomie pathologique relative aux ulcérations de la langue dans la coqueluche.

Cette pièce confirme ce qui a été dit en Allemagne et en Italie au sujet de ces ulcérations. On voit à la partie inférieure de la langue, au niveau du frein, une ulcération transversale ayant 8 millimètres sur 6. Le fond est formé par le muscle lingual, à la surface duquel on voit à découvert les branches terminales de l'hypoglosse, et les bords pâles sont

affaissés sur eux-mêmes. L'enfant est mort au troisième mois de la coqueluche, avec des tubercules dans les poumons, dans les intestins et dans les ganglions mésentériques.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Mémoire sur les paralysies alternes en général, et particulièrement sur l'hémiplégie alterne, etc., par M. Gubler.

Mémoire sur l'herpès guttural, du même auteur.

Études sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet, du même auteur.

Frammenti di patologia generale, etc., par le professeur A. Tigri (de Sienne).

Compte rendu de la Société et association médicales mixtes de l'arrondissement de Vassy (Haute-Marne).

Moyens de guérir les cancers, les squirrhes, goîtres, etc., par M. le docteur Aimé Grimaud (d'Angers).

Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne, 1859.

Bulletin général de thérapeutique, 30 mai.

Journal de médecine de Bordeaux. Mai.

Le Progrès, n. 21.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 21.

Gazette médicale de Paris, n. 22.

La Clinique européenne, n. 22.

L'Abeille médicale, n. 22.

L'Union médicale, n. 62 à 64.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 62 à 64.

Gazette des hôpitaux, n. 62 à 64.

Tables de mortalité de la ville de Londres, n. 16 à 20.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 21.

SÉANCE DU 7 JUIN 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les états des vaccinations et revaccinations pratiquées sur des militaires du 8e régiment de chasseurs à cheval, par M. le médecin-major de ce régiment. (*Commission de vaccine.*)

II. Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département des Landes, sur le service médical des établissements confiés à leurs soins pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

III. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements des Deux-Sèvres et du Rhône pendant l'année 1858. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Boudin, médecin en chef de l'armée d'Italie, informe l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiene publique, etc. (*Renvoi à la section.*)

II. M. le docteur Grassi annonce à la Compagnie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène publique. (*Renvoyé à la section.*)

III. M. Pons (de Bez) adresse à l'Académie quelques lignes sur les *Aphorismes d'Hippocrate.* (*Archives.*)

IV. M. le docteur Duchesne-Duparc demande l'ouverture

d'un pli cacheté accepté par l'Académie au mois de février dernier, et adresse en même temps un mémoire sur les propriétés fondantes du *Fucus vesiculosus*. (*Renvoyé* à l'examen de MM. Chatin, Gibert, Boulay et Devergie.)

V. Des maladies des tailleurs de cristal et de verre; description d'une gingivite particulière aux tailleurs de cristaux, etc., par M. le docteur PUTÉGNAT. (*Commissaires :* MM. Devergie, Patissier et Londe.)

—

LECTURES.

M. le docteur DEVILLE donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur le rapport existant entre le nombre des enfants mort-nés dans la ville de Paris, pendant treize années, de* 1846 *à* 1858. (*Commissaires :* MM. Cazeaux, Guérard et Devergie.)

—

De la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle ; de la thérapeutique empirique et spécifique, par M. PIORRY.

(Suite. — Voir la page 863.)

Lésions du foie et des voies biliaires (hépatics, angicholies). — Le nombre de spécifiques qui ont été proposés contre les maladies du foie, contre la cholémie ou jaunisse, est très considérable. On les a le plus souvent administrés avant de s'être assuré si la glande hépatique ou les voies biliaires étaient effectivement malades. Le savon, les purgatifs dits drastiques, l'essence de térébenthine (donnée contre les calculs biliaires), etc., ont été tour à tour prescrits sans utilité. On a même beaucoup vanté la carotte contre l'ictère, peut-être parce que le prétendu remède avait la couleur du mal! Or, de tous ces moyens, un seul a conservé de la réputation, c'est le bicarbonate de soude ou l'eau de Vichy elle-même. Eh bien! j'affirme que la plupart des malades qui se rendent dans le lieu où cette eau sort du sol ont si peu des maladies du foie, que sur un très grand nombre d'entre eux j'ai trouvé

cet organe de forme et de volume normaux. Ces personnes n'avaient autre chose qu'une oxygastrie qui aurait été promptement soulagée ou guérie à Paris ou dans leur pays, au moyen d'un régime convenable et du bicarbonate de soude donné à des doses suffisantes et réitérées.

Or, rapprochez cette absence de résultats utiles dans l'administration des spécifiques opposés aux hépaties des faits suivants, que le rationalisme a fait connaître : les saignées rapidement pratiquées font diminuer à l'instant le foie congestionné; les respirations profondes et réitérées le font décroître tout d'abord; les évacuations hydrorrhéiques par l'intestin en diminuent assez rapidement le volume, etc., etc. Alors votre opinion sera faite, et vous conclurez que c'est au rationalisme anatomique et physiologique que l'on est principalement redevable des moyens qui réussissent le mieux dans le traitement des hépaties.

On échoue sans doute par le rationalisme dans la curation de la cirrhose, des hépatocarcinies, etc.; mais, dans ces cas malheureux, le spécificisme ne réussit même pas à remédier aux épiphénomènes coexistants. Mieux valent cent fois, alors qu'il s'agit de combattre la cause organique de l'ictère ou cholémie, suite d'une obstruction du conduit cholédoque, les frictions sur le fond de la vésicule du fiel (dont le plessimétrisme démontre le siége et la distension par la bile); mieux valent des pressions causées par des vomissements énergiques provoqués, ou des douches portées sur la même région par un jet continu, que l'eau de carotte et tous les prétendus spécifiques administrés contre la jaunisse. La potion de Jurande n'a jamais dissous un calcul biliaire, pas plus que le sel marin n'a été opposé avec succès aux hydatides développées dans le foie.

Lésions de la rate (splénopathies). — Le traitement des fièvres d'accès était sans cesse allégué comme une preuve de la prééminence de la médication spécifique sur les méthodes rationnelles, et il faut avouer que les cas de fièvres intermittentes légitimes, si difficilement guéries par les anciens, cèdent d'une manière merveilleuse à l'emploi d'une écorce

dont les peuplades sauvages ont connu primitivement le secret. Le quinquina, dans les fièvres pernicieuses, sauve des malades que toute autre médication laisse mourir, tout cela est incontestable; mais les propositions suivantes ne le sont pas moins : avant que l'on ait su que la rate malade était le point de départ des accès fébriles périodiques, on ne reconnaissait ces derniers que lors du retour des accidents intermittents; faute d'un diagnostic exact, la mort survenait parfois avant le deuxième accès, c'est-à-dire avant que l'on eût songé à l'indication de la quinine. — Le plessimétrisme, démontrant que la rate est augmentée de volume, permet d'établir, même lors du premier accès, l'indication du quinquina et indique ainsi ce qu'il convient de faire pour conserver la vie. — Dans un nombre extrêmement considérable de cas, les stades des fièvres intermittentes sont à peine appréciables, et on les méconnaît complétement. Or, le diagnostic exact de la splénomégalie fait reconnaître la lésion primitive, conduit à la constatation des symptômes, à l'administration de l'écorce du Pérou et, par conséquent, à la curation, presqu'instantanée, de pauvres gens qui souffraient depuis des mois. La diagnose anatomique a encore démontré : 1° que la rate diminue presque instantanément lors de l'emploi du sulfate de quinine soluble à hautes doses; 2° qu'il est possible de le donner utilement et sans inconvénient avant, pendant et après les accès; 3° que les paroxysmes rémittents dans les pyrexies continues sont liés à des splénopathies et qu'ils se dissipent aussi à la suite de l'emploi du quinquina; 4° que certaines fièvres intermittentes qui ne cèdent pas à la quinine sont les symptômes de névralgies intercostales à gauche, etc. D'un autre côté, la chimie a rationnellement démontré que le principe actif du quinquina est principalement l'alcaloïde qu'il contient, tandis que l'organographisme a prouvé que l'action thérapeutique de ce remède s'opère d'abord sur la rate, et que la quinine agit d'autant plus promptement et d'autant plus sûrement sur l'organe splénique qu'elle est plus complétement dissoute dans l'eau ou dans l'alcool.

Le dessin linéaire a fait voir encore que les douches et le

sel marin font diminuer la rate et guérissent la fièvre; que la salicine et beaucoup d'autres succédanés du quinquina n'ont pas plus d'action sur la rate que sur les accès, etc. Ainsi, le rationalisme chimique et organique se sont réunis pour établir les véritables indications qui se présentent alors qu'il s'agit d'administrer le spécifique par excellence. Ce n'est pas une individualité morbide insaisissable que la quinine détruit, c'est évidemment l'organe malade donnant lieu à la fièvre intermittente légitime, qui, sous l'influence de ce précieux agent, reprend son état normal. Le quinquina n'est plus un spécifique contre la fièvre ; mais il agit spécialement, et de la manière la plus utile, sur la rate, dont la lésion cause la pyrexie.

Lésions de l'appareil urinaire (angiuropathies). — Jusqu'à présent, le spécificisme n'a rien fait d'utile pour la curation de l'albuminurrhée et du diabète; mille tentatives ont été faites en ce sens, elles ont été suivies de mille insuccès. Tout au contraire, l'abstinence des boissons prescrite à propos, les purgatifs administrés dans l'intention de diminuer la sécrétion rénale en augmentant celle de l'intestin, l'usage dans la glycosurie des préparations alcalines, etc., sont des moyens rationnels d'une extrême efficacité, ainsi que le démontrent les expérimentations chimiques et plessimétriques. L'organographisme a même fait voir : 1° qu'en diminuant les proportions des liquides ingérés les reins malades deviennent moins volumineux; 2° qu'ils augmentent dans le cas contraire. Et il a donné ainsi des moyens diagnostiques de premier ordre pour apprécier l'action des boissons sur les reins hypertrophiés ou granuleux.

Les boissons à hautes doses, la diète végétale, les bains, les préparations alcalines, employés par le rationalisme, sont les plus utiles modificateurs à prescrire contre la gravelle et contre les calculs engagés dans le bassinet ou les uretères. Ces moyens réussissent admirablement dans la curation du catarrhe de la vessie, et cela dans des cas où les balsamiques échouent. — Le poivre cubèbe, le baume de copahu, sont, il est vrai, d'excellents médicaments dans le traitement de l'ios-

uréthrite, mais encore ici ils agissent spécialement sur des organes malades; ils ne sont pas des spécifiques contre une maladie, et d'ailleurs c'est seulement depuis que l'on a rationalisé leur emploi, depuis qu'on les donne à des doses fortes et réitérées, qu'on les voit faire dissiper en si peu de jours des écoulements uréthraux très aigus ou très chroniques. Ces excellents résultats ont surtout lieu quand on administre en même temps que ces remèdes des injections avec le sulfate de zinc en dissolution dans 100 ou 200 fois son poids d'eau.

Lésions du péritoine et de l'appareil génital de la femme (péritonies, angiovies). — Les partisans des spécifiques ont beaucoup discuté sur la fièvre puerpérale, sur les utérites, les phlébites, les anomémies, les péritonites, etc., consécutives à l'accouchement; mais ils n'ont pas dit avoir trouvé des remèdes particuliers à y opposer. C'est par les frictions et les graisses que, dans la péritonite, agissent les applications d'onguent mercuriel. Tous les médicaments dits spécifiques échouent dans de tels cas, et les seules conquêtes de la thérapeutique consistent ici dans les moyens rationnels suivants : faire respirer un air pur et salubre, éviter l'encombrement, faire des injections pour nettoyer les cavités élythrutériques, évacuer les liquides et les gaz contenus dans les intestins par des purgatifs doux et par des frictions légères, combattre activement l'utérite initiale, évacuer autant que possible les gaz contenus dans les intestins, etc. Ce traitement des affections utérines ne rentre-t-il pas tout entier dans la médecine rationnelle, tandis que des insuccès presque constants ont fait renoncer à une foule de prétendus spécifiques autrefois administrés contre les flueurs blanches?

Lésions de la peau (dermopathies). — L'étude des dermopathies, grâce aux noms pitoyables que l'on a donnés à la plupart d'entre elles, grâce même aux spécifiques innombrables par lesquels on a voulu les combattre, est devenue pour la plupart des médecins un mythe incompréhensible. A quelques centaines de maladies absurdement dénommées on a opposé quelques milliers de remèdes spécifiques, et cela sans règle, sans choix, au hasard, en se fondant sur des alléga-

tions, sur des ouï-dire. On a fait ici de la médecine de gardes-malades. Le plus souvent, une seule chose a été oubliée, c'est d'établir de grandes indications générales applicables à la plupart des dermopathies et susceptibles d'être modifiées en raison des circonstances variées que chaque affection et que chaque malade présente. Faisant de la spécialité dermopathique, on ne s'est même pas donné la peine de rechercher si telle tache de purpura n'était pas le résultat d'une maladie du cœur, si telle éruption de la jambe ne résultait pas d'une gêne plus ou moins permanente au retour du sang par une veine. On s'est donné garde de rechercher si telle *dermatose* ne tenait pas à une anomémie, au décubitus ou encore à des frottements de la peau sur des corps capables de la blesser. On a employé des spécifiques même contre l'intertrigo (dû à de la malpropreté et au contact de parties qui se frottent). Du temps d'Alibert, on a donné à tout propos, dans les dermopathies, des hydrosulfures, des hydrosulfates, etc. On a eu recours sans discernement aux mercuriaux, à l'arsenic, et dans tout ceci on a méconnu les principes, les règles les plus sages de l'hygiène et de la saine thérapeutique. En a-t-on mieux guéri pour cela? Vraiment non, et un grand nombre de gens, fatigués de prendre inutilement des spécifiques contre des maladies dites spéciales, finissent par recourir aux charlatans de toute nuance. Les plus sages consultent d'autres médecins qui, traitant rationnellement les affections de la peau comme celles de toute autre partie du corps de l'homme, remédient quelquefois à des lésions cutanées contre lesquelles les spécifiques avaient échoué.

Pour ces derniers médecins, les règles générales de la thérapeutique des dermopathies peuvent être ainsi formulées :

1° Éviter l'action des causes qui ont donné lieu ou qui entretiennent les affections cutanées.

2° Abriter le tégument malade contre le contact de l'air, de la lumière, des corps étrangers, et aussi contre les frottements que ceux-ci peuvent exercer (applications de graisses solides, d'emplâtres très aglutinatifs et non excitants, etc.).

3° Favoriser le cours du sang dans les tissus malades (po-

sition convenable, légère compression, dans certains cas évacuations sanguines ou purgatifs, etc.).

4° Combattre par des applications émollientes, par des saignées locales, par des bains, l'état phlegmasique survenu à la peau d'une manière primitive ou secondaire.

5° Traiter les petites collections purulentes développées dans les diverses couches de la peau ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, comme s'il s'agissait de tout autre abcès.

6° Panser les ulcères cutanés considérés comme des dermatoses, comme on soigne les ulcères réputés chirurgicaux.

7° Diluer, dissoudre, enlever les croûtes (udosolithes, pyolithes, hémolithes) qui se forment sur le tégument et au-dessous desquelles le derme s'enflamme, se creuse ou se détruit.

8° Modifier les surfaces malades, alors que des moyens plus simples ne réussissent pas, par des attouchements avec l'azotate d'argent, par des applications d'agents dits excitants, ou même par l'apposition d'emplâtres épispastiques.

9° Quand ces médications sont dépourvues d'efficacité, il est encore rationnel de rechercher si quelque virus n'entretient pas le mal ; or, voyons quels peuvent être ces virus.

On n'admet plus l'existence du vice dartreux ; la cause goutte n'est pas un *iose* et ne donne guère lieu à des dermopathies ; la morve, le farcin, ne déterminent chez l'homme, que dans des cas fort rares, des affections cutanées, affections contre lesquelles on ne connaît pas de spécifiques ; le prétendu virus de la gale est un parasite qui n'est pour rien dans la plupart des lésions que certains médecins ont faussement rapportées à un agent virulent ; les phytodermies épicrâniennes sont traitées avec succès par des soins de propreté, par des lotions, par des pansements réguliers et par la section des cheveux ; enfin, on ne connaît aucun médicament propre à détruire les virus de la variole (variose), de la rougeole (rubiose) et de la scarlatine. La lèpre, ou le spédalskett, n'existe presque jamais dans nos climats, et, d'ailleurs, on ne con-

naît pas de moyen spécifique contre cette affection; on en peut dire autant de la pellagre.

Il n'y a donc qu'un virus connu qui parfois cause et entretient les dermopathies; ce virus est le syphiose, ou virus syphilitique, qui donne lieu à des affections cutanées de formes très diverses. Conséquence : quand une maladie de la peau, quelle que soit son apparence, résiste au traitement rationnel précédent, il est convenable d'avoir recours à une médication dirigée contre le syphiose (hydrargyre, iodure de potassium, etc., etc.).

10° Enfin il faut détruire par les caustiques ou par le fer, par les ligatures, les parties du tégument qui résistent aux médications qui viennent d'être passées en revue; seulement, avant d'avoir recours à ces moyens extrêmes, on peut essayer l'emploi de substances qui, dans des cas obscurs, passent généralement pour être des spécifiques utiles. Quand cette médication spécifique est la dernière ancre de salut, il y a tout lieu de craindre que la dermopathie reste incurable.

11° Ce qui doit à tout jamais être présent à l'esprit, c'est l'indispensable devoir d'étudier avec un soin extrême les états organopathiques qui coexistent avec les dermopathies; c'est de bien s'enquérir s'ils n'ont pas avec celles-ci des corrélations de cause à effet; c'est de rechercher les moyens de remédier aux phénomènes dits complications et qui si souvent jouent un rôle de premier ordre dans la production de l'affection cutanée que l'on veut guérir.

Un seul fait pratique suffira pour prouver toute l'importance de la médication rationnelle dans la curation des dermopathies comparativement à leur traitement par les spécifiques : c'est que les graisses solides et appliquées en couche épaisse sur les phlegmasies cutanées et sur un grand nombre de lésions de la peau, c'est que le diachylon très agglutinatif étendu sur du taffetas, ont une très grande utilité dans le traitement d'un grand nombre de dermopathies; c'est en empêchant le contact de l'air et des vêtements, prévenant les frottements que ces derniers exercent sur le tégument, que ces moyens sont plus utiles dans la curation de la plupart des

maladies de la peau que les prétendus spécifiques. La plupart des emplâtres et des pommades contenant des substances variées agissent par leur qualité onctueuse, par leurs propriétés agglutinatives, et non par les agents dits médicamenteux qu'ils contiennent.

Lésions des appareils des sens (ommopathies, otopathies, etc.). — L'histoire chirurgicale des maladies des yeux rentre tout entière dans le rationalisme anatomique et physiologique; cela ne peut souffrir de contestation. En est-il ainsi de certaines affections de l'œil, qui font en quelque sorte partie de la pathologie interne? Il faut répondre à cette question par les faits.

Des ophthalmies légères se dissipent, il est vrai, par le sulfate de zinc introduit à très petites doses en solution entre les paupières. On en peut dire autant de la pommade de Lyon; mais ce ne sont pas là des spécifiques, ce sont des médicaments spéciaux rationalisés. Des inflammations bien autrement graves de la conjonctive et l'irisite *non vénérienne* elle-même cèdent mieux à l'application de bandelettes de taffetas ichthyocollé maintenant la paupière supérieure immobile et abaissée vers l'inférieure, qu'à la plupart des médicaments; avec cet appareil le contact de l'air, l action de la lumière, le clignotement sont prévenus, et c'est à cela qu'il faut rapporter l'amélioration rapide que ces moyens produisent. Alors que l'on porte quelques aliments excitants dans l'estomac, l'irisalgie ou migraine ophthalmique cesse de suivre sa marche progressive. Tout au contraire la belladone, l'opium, le datura soulagent à peine dans de semblables cas.

Un créole âgé de cinquante ans est atteint d'une hydropisie des paupières; les médicaments les plus variés échouent, les organes internes ne donnent aucun indice de souffrance; on finit par remarquer que les veines nasales sont habituellement comprimées par une lunette dite *pince-nez;* on en fait suspendre l'usage : tout à coup la collection séreuse se dissipe; aussitôt que le malade reprend ses lunettes le mal reparaît; mais il cesse définitivement d'avoir lieu alors que l'on

substitue au *pince-nez* un appareil optique qui ne comprime pas les veines du nez.

L'héméralopie cède bien mieux lorsque l'on place le malade dans l'obscurité que lors de l'administration d'une foule de médicaments proposés contre ce symptôme.

L'amaurose a été combattue par un nombre considérable de prétendus spécifiques, aucun d'eux n'a réussi. Cela devait être, car la perte de la sensibilité optique est due à des causes anatomiques très variées dont chacune réclame un traitement différent. L'ophthalmoscopie faisant pour l'examen de l'œil ce que le stéthoscope, le plessimètre et le spéculum ont fait pour d'autres organes, donne les moyens de reconnaître et de guérir des lésions diverses que l'on avait auparavant confondues sous le nom d'amaurose.

La thérapeutique des maladies des oreilles ne repose en rien sur l'étude des spécifiques. L'huile de lis, introduite dans le conduit auditif externe, n'a pas d'autres propriétés que celles de tous les corps gras. L'injection de l'air dans le tympan, obtenue par le cathétérisme ou par une forte expiration alors que le nez et la bouche sont fermés, l'aspiration de l'air contenu dans la caisse par une inspiration très forte pratiquée lorsque les ouvertures nasales et orales sont closes (*Médecine prat.*), le cathétérisme de la trompe, le plessimétrisme et l'auscultation des cellules mastoïdiennes (*Gazette des hôpitaux*), conduisent à plus de résultats et d'indications utiles que tout le bagage du spécificisme. Jamais celui-ci n'a guéri le tintouin ou la faiblesse de l'ouïe; l'opium ne remédie guère à l'otalgie; il suffit, au contraire, d'extraire le cérumen épaissi pour faire cesser certains bourdonnements d'oreille et pour porter remède à certaines surdités. En donnant issue à du pus contenu dans un abcès situé à l'entour du conduit auditif, l'otalgie qu'il causait se dissipe instantanément. Combien a-t-il fallu de temps pour dissuader tel ou tel médecin d'employer des injections spécifiques dans les otorrhées chroniques que l'anatomie a démontré être le symptôme de maladies ayant leur siége dans les os du crâne!

Lésions du système nerveux central (névraxies). — Pour les

médecins instruits, la médication spécifique, dans les affections de l'axe nerveux ou de l'encéphale, est à peu près abandonnée. Les hypérémies, les phlegmasies, les hemorrhagies encéphaliques, sont en effet influencées d'une manière beaucoup plus favorable par la position élevée de la tête, par les ligatures appliquées sur les membres, par les saignées générales, par la médication évacuante, par les ventouses largement appliquées sur les extrémités, et surtout par les moyens gymnastiques propres à faire mieux respirer l'air, que par l'eau anti-apoplectique des jacobins de Rouen ou par les autres substances prônées autrefois contre les affections cérébrales. L'anatomie pathologique de celles-ci, éclairée par Morgagni, Rochoux, Rostan, Riobé, Serres, et par tant d'autres observateurs, ont forcé les empiriques à mieux étudier. On a prouvé de la manière la plus positive que le travail organisateur qui a lieu autour d'un caillot sanguin formé dans l'encéphale ne peut être influencé que très médiocrement par des médicaments spécifiques ou autres proposés contre l'apoplexie et ses suites.

Les moyens de toute sorte employés contre la syncope ne réussissent pas à beaucoup près autant que la position déclive de la tête, et c'est à l'expérimentation physiologique que l'on doit la connaissance de ce fait thérapeutique de premier ordre (*Procédé opératoire de la percussion*, n° 464). A part certaines tumeurs de la voûte du crâne qui, de nature syphilisique, donnent lieu par compression à des paralysies et à d'autres accidents cérébraux, tumeurs qui, dit-on, peuvent être heureusement modifiées par les mercuriaux, est-il une seule lésion dite organique de l'encéphale (y compris le ramollissement) qui soit accessible aux médications dites spécifiques? Si dans des cas pareils le rationalisme échoue, au moins donne-t-il des lumières sur la nature et le siége des accidents. Parfois même il parvient à pallier et à convenablement traiter les états organiques coïncidants ou consécutifs aux encéphalies.

Il peut même arriver que le médecin physiologiste et anatomiste guérisse telle affection cérébrale, que d'autres consi-

dèrent en général comme incurables, témoin les fièvres dites cérébrales des enfants (paidencéphalies), qui, souvent liées à des splénopathies, cèdent alors d'une manière si remarquable et si inattendue au sulfate de quinine à hautes doses; témoin encore les encéphalies alcoolémiques, qui presque subitement cessent par une dissolution d'ammoniaque.

Il faudrait, au contraire, avoir une immense prévention en faveur du musc, qui infecte le malade et les assistants, pour ne pas voir que ce dispendieux agent n'est dans les névraxies d'aucune efficacité.

Est-il de nos jours un médecin sérieux qui chercherait des spécifiques contre les paralysies, les paraplégies dues à une lésion profonde de l'encéphale, de la moelle ou du rachis, à une section ou à une désorganisation de nerfs?

Depuis qu'on étudie, au moyen des signes physiques, de l'électricité et des renseignements anatomo-physiologiques, la nature et le siége des paralysies ou anervismies, la thérapeutique et la pathogénie de ces symptômes ne paraissent-elles pas sortir de plus en plus du chaos de l'empirisme? Des innombrables recettes contre les névralgies, il n'est resté que les pilules de Méglin, dont on ne se sert plus. Déterminer quel est le nerf malade, par quelle circonstance anatomique ou physiologique il est douloureux, quels sont les moyens de faire cesser de telles circonstances, narcotiser par des médications appropriées l'organe endolori : telles sont les indications rationnelles qui seules sont ici proposables. Des considérations du même genre sont applicables aux névroses des auteurs contre lesquelles le spécificisme a presque toujours complétement échoué. La névralgie sus-orbitaire, si fréquemment liée aux splénopathies, certaines aliénations mentales coïncidant avec ces lésions, cèdent merveilleusement au sulfate de quinine (*Médecine pratique ; Clinique européenne*, 26 mars 1859, n° 15) qui, dans de tels cas, a été prescrit, non pas comme spécifique, mais bien par le rationalisme. La curation de la manie et des autres anomopsychismies ne repose en rien sur le spécificisme, et est fondée presque exclusivement sur des moyens d'éducation tels que l'isolement

(dans certains cas), une société spéciale (dans d'autres cas), des craintes salutaires ou l'espoir de l'avenir, la confiance inspirée aux malades, les bons conseils qu'on leur donne, etc. Ces moyens moraux très rationnels sont, du reste, très utilement combinés avec des médications diverses appropriées aux états organopathiques coexistants.

Lésions des muscles (myosies). — On a surabondamment prouvé que le prétendu rhumatisme musculaire n'était pas dans sa nature une individualité morbide; que les faits, généralement réunis sous ce nom, étaient parfaitement dissemblables sous le rapport de leurs causes, de leur siége et de leur pathogénie (*Méd. prat.*, n° 1113); dès lors le traitement de ces états morbides contre lesquels le spécificisme échoue presque constamment, est devenu plus scientifique et a donné parfois des résultats inespérés. Que de fois n'est-il pas arrivé que les remèdes empiriques prônés contre le lumbago, contre les douleurs rhumatismales, ont été sans action alors que les moyens rationnels dirigés contre les ruptures, les distensions, les phlegmasies des muscles, ont eu de l'efficacité!

Lésions des os et des articulations (ostéies, arthropathies). — Le rhumatisme articulaire aigu ou hémite-arthrite, est pallié ou guéri beaucoup mieux et plus vite par les moyens rationnels dirigés contre l'altération du sang et les arthrites qui constituent cette affection que par tous les spécifiques proposés. J'ai publié des relevés statistiques qui donnent la démonstration de cette proposition (*Méd. prat.*, n° 4223); la vératrine agit parfois utilement dans de tels cas, non pas d'une façon inconnue, mais bien par les évacuations alvines qu'elle provoque.

Combien de médicaments empiriques plus ou moins illusoires n'ont-ils pas été proposés contre l'ostéomalacie, contre les exostoses, les périostoses, avec ramollissement de l'os; contre la mollesse, la déformation des vertèbres ou du rachis? Et cependant, en se servant de ces moyens, on ne modifiait pas utilement le mal; on appliquait localement des exutoires contre le mal de Pott d'une façon tout empirique et qui soulageaient seulement par le repos que leur présence

exigeait ! Le rationalisme, se fondant sur les faits physiologiques et chimiques, a conduit à la double indication d'administrer aux malades atteints de ces affections une nourriture réparatrice et du phosphate de chaux ; alors les succès therapeutiques ont été aussi nombreux que remarquables ; témoins ces abcès par congestion guéris par ces moyens, combinés avec des injections fréquentes de teinture d'iode iodurée étendue de deux parties d'eau.

Maladies dites générales (panorganies). — Les partisans exagérés des spécifiques, pour soutenir leur thèse, ont défendu outre mesure l'existence d'affections générales. Nous ne les suivrons pas dans leur logomachie, qui ne varie guère, et qui s'exerce non pas sur les choses, mais sur des mots. Les organiciens admettent, en effet, sous les noms d'anomémies, de névropathies, la plupart des faits que les prétendus vitalistes regardent comme des maladies générales. Avec ces mots *locales* et *générales*, on a semblé vouloir jeter le trouble et la confusion dans certaines questions pour mieux défendre un empirisme aveugle.

On a regardé surtout comme maladies générales :

1° Les épidémies, et nous avons vu que les spécifiques n'y ont pas réussi.

2° Les endémies, et, de l'aveu de tous, c'est l'hygiène rationnelle seule qui peut les combattre avec des chances de succès.

3° Les diathèses et les cachexies, qu'il faut étudier rationnellement et organiquement si l'on veut parvenir à comprendre, soit ce que l'on entend par ces expressions, soit ce que l'on peut faire pour remédier aux états que ces termes désignent.

4° Les hydropisies considérées comme unités morbides, contre lesquelles on n'a trouvé comme spécifiques que des purgatifs drastiques (drogues de Leroy, de Meunier, etc.), médicaments dangereux, mais qui, donnés rationnellement, peuvent avoir de l'utilité. C'est par la connaissance exacte des lésions anatomiques qui causent l'accumulation des liquides, connaissance qui conduit parfois à remédier à ces

lésions, qu'il est possible d'arriver à une curation vraiment efficace. L'abstinence des boissons est à coup sûr, dans de semblables affections, un excellent palliatif; l'écoulement de sérum que produisent les vésicatoires volants est plus utile dans l'hydropleurie que tous les spécifiques du monde.

5° Les hémorrhagies, que dans le plus grand nombre des cas on ne peut songer à guérir qu'en tenant compte des états organiques qui les causent; cependant les sucs végétaux frais, le perchlorure de fer, etc., agissent dans un sens utile, et en quelque sorte spécifique, contre certaines hémorrhagies; mais l'emploi de ces moyens est soumis aux indications qu'établit le rationalisme. D'ailleurs, l'ignorance où l'on est sur le mode d'action du très petit nombre d'antihémorrhagiques connus se dissipera sans doute par des investigations chimiques ultérieures. Alors il ne s'agira plus ici de spécificisme, mais bien d'une médication rationnelle.

6° Les maladies parasitaires. Plusieurs substances guérissent la gale ainsi que les accidents produits par les vers intestinaux, le ténia, la teigne, etc.; mais elles ne le font qu'en remédiant à la cause organique de ces accidents, c'est-à-dire en détruisant les animaux ou les végétaux qui produisent le mal. Or, c'est là du rationalisme par excellence. Dans d'autres affections supposées être dues à une cause parasitaire, il serait utile de constater si, en effet, quelque corps animé se reproduisant et en causant des accidents dont les formes sont identiques à celles de l'affection primitive, donne lieu à la contagion. Ce sont encore là des recherches chimiques et micrographiques à faire; c'est de ces recherches rationnelles, et non pas d'élucubrations sur les maladies et les remèdes spécifiques, qu'il faut attendre la solution de ce problème.

7° Enfin les affections vraiment syphilitiques. Ces maladies cèdent le plus souvent au mercure, et c'est là le fait le plus saillant que l'on puisse faire valoir en faveur du spécificisme; personne ne peut le mettre en doute, et, bien que l'on ne puisse expliquer le mode d'action de l'hydrargyre sur les maladies dont il s'agit, il n'est pas de médecin qui n'ait à citer des exemples très remarquables de son efficacité. A la

suite de cette concession faite au spécificisme, il faut, comme compensation, ajouter les réflexions suivantes : le mercure n'est pas, à beaucoup près, le seul médicament qui, dans la curation de la syphilis, ait une action utile: il partage, avec l'iode, la réputation d'efficacité; on a même prétendu qu'un grand nombre de substances agissaient de la même façon que ce métal. D'autres auteurs l'ont même proclamé inutile ou dangereux. Tant qu'il a été employé comme spécifique par un empirisme grossier, il a été donné au hasard, sans discernement; on a provoqué, en s'en servant ainsi, d'effroyables salivations, et l'on a causé des maux mercuriels plus graves que la syphilis elle-même. Dans une thérapeutique banale ici, on a tout confondu : les écoulements récents, les chancres simples, ont été traités de la même façon que les pustules primitives ou secondaires, que les chancres indurés, que les dermites syphiosiques. La mortalité des malades vénériens, causée moins par le mal que par son remède, a été primitivement énorme; c'est seulement depuis que les modernes et notre excellent collègue M. Ricord, appliquant et fécondant les résultats des recherches de Hunter, de Desruelles, etc., ont élucidé ce sujet, que le traitement des lésions produites par la syphiose est devenu l'un des points les plus perfectionnés de la thérapeutique.

Conclusions. — Les études cliniques qui précèdent, considérées dans leur ensemble, nous paraissent démontrer jusqu'à l'évidence :

1° Que la thérapeutique presque entière repose sur les connaissances anatomiques, physiologiques, enrichies des faits physiques, chimiques, et fécondées par l'observation clinique.

2° Que la thérapeutique positive ne peut être établie que sur ces diverses connaissances, qui permettent d'apprécier *les causes, la pathogénie et les effets des lésions qu'un diagnostic extrêmement exact doit avant tout déterminer.*

3° Que cette marche rationnelle, que ce *rationalisme*, ont, depuis Descartes, guidé les véritables observateurs en médecine, comme le rationalisme déduit des faits démontrés a été la base des autres sciences naturelles.

4° Qu'avant de chercher des médicaments nouveaux contre *une maladie* il faut reconnaître et préciser les états organiques et physiologiques existants, et bien étudier l'action qu'exercent sur ces états les médicaments connus et les agents hygiéniques.

5° Que l'immense majorité des progrès réels qu'a faits la thérapeutique repose sur le rationalisme médical, qui a pour boussole le positivisme du diagnostic.

6° Que les médicaments spécifiques, c'est-à-dire ceux qui sont adressés à une cause inconnue et que le hasard seul découvre, sont fort peu nombreux et qu'ils doivent être admis dans la pratique alors seulement qu'ils sont indiqués par le rationalisme et par le diagnostic les plus positifs.

7° Qu'enfin c'est à tort qu'un certain nombre de médecins ne cessent de censurer le rationalisme médical, auquel se rattache *la thérapeutique du sens commun*, pour élever sur des échasses, dont ils ne sentent pas toute la fragilité, le spécificisme le plus brutal. Celui-ci n'a d'autres bases que le hasard, et ses seuls appuis sont la fantaisie et la crédulité, encouragées par la faveur d'un public ignorant, auquel la science sévère déplaît, et qui se laisse entraîner avec passion par le merveilleux du mysticisme et par de fallacieuses promesses.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Der Selbstmord, eine psychiatrische Skizze, par M. Otto Muller.

Compte rendu des épidémies, des épizooties et des travaux des conseils d'hygiène dans le Morbihan.

Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles. Bulletin n. 1.

Storia dei sistemi di medicina, par le professeur Zigarelli, de Naples.

Dell' asparagina nelle malattie del cuore, par le même auteur.

Sulla virtu medicinale del tasso baccato, par le même auteur.

Des procédés hydrothérapiques et des bains de vapeur térébenthinée, par M. Armand Rey.

La Revue thérapeutique du Midi. 30 mai.

Le Progrès, n. 22.

Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires, par M. le docteur Am. Forget.

Sycosis ou mentagre, par M. le docteur Maurice Chausit.

Mémoires pratiques de médecine, de chirurgie et d'accouchement, par M. le docteur A. Bourdel.

Note sur les résiniers de Landes,, sur les produits du *pinus maritima*, et sur l'homme prétendu quadrumane de Bory de Saint-Vincent, par M. le docteur O. Réveil.

Psychologie physiologique, par M. le docteur Maire. Le Havre, 1859.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 11.

Journal de chimie médicale. Juin.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 16.

La Revue médicale française et étrangère. 31 mai.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 24.

L'Union médicale, n. 65 à 67.

Montpellier médical. Juin.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 22.

La France médicale, n. 23.

Gazette médicale de Paris, n. 22.

L'Abeille médicale, n. 23.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 5.

Gazette médicale de Lyon, n. 11.

Gazette des hôpitaux, n. 65 à 67.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 65 à 67.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVII, n. 23.

SÉANCE DU 14 JUIN 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur Prévost fils sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans l'arrondissement d'Hazebrouck. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Cantal, des Côtes du-Nord et de Loir-et-Cher. (*Commission des épidémies.*)

II. Une demande du sieur DELEBECQUE, brasseur à Josselin, tendant à obtenir l'autorisation de fabriquer des eaux et des limonades gazeuses. — Les rapports de MM. les médecins inspecteurs Chabrand (de Monetier), Silve (de Digne), Cisseville (de Forgue), Baron (de la Motte), Basset (de Saint-Nectaire), sur le service médical de ces eaux pendant l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur Miramont, médecin inspecteur des bains de mer d'Étretat, sur le service médical de cet établissement pendant les années 1856, 1857 et 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

III. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1858 dans les départements de la Loire, de Tarn-et-Garonne, de la Meuse, du Jura et des Pyrénées-Orientales. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Examen de divers procédés proposés pour remplacer dans l'agglomération des houilles le goudron obtenu pendant la

fabrication du gaz de l'éclairage, par M. le docteur Henri Lespiau. (*Commissaires :* MM. Devergie, Bouchardat et Wurtz.)

II. M. le docteur Da Costa donne à l'Académie quelques renseignements au sujet de deux malades sur lesquels il a pratiqué des opérations chirurgicales.

III. M. le docteur Lauzin exprime les regrets qu'il éprouve de ce que le rapport de M. Gibert sur les accidents secondaires de la syphilis n'ait pas soulevé une discussion « large et solennelle. »

—

LECTURES.

I. M. le docteur O. Reveil donne lecture à l'Académie de deux Mémoires intitulés : 1° *Sur l'infection des eaux de source par les produits des usines, et principalement ceux des usines à gaz.* (*Commissaires :* MM. Bussy, Boudet et Devergie.) 2° *Sur l'empoisonnement par le phosphore.* (*Commissaires :* MM. Devergie, Chevallier et Poggiale.)

II. M. le docteur Ch. Lecomte donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Études chimiques sur l'action physiologique et pathologique des gaz injectés dans les tissus des animaux vivants.* (*Commissaires :* MM. Bouley, Guérin et Robert.)

III. *De la détermination dans les eaux naturelles ou minérales, des proportions des acides carbonique ou sulfhydrique libres ou combinées aux bases*, par M. H. Gaultier de Claubry.

Un grand nombre d'eaux naturelles ou minérales renferment des carbonates de chaux, de magnésie, de fer ou de manganèse qui, insolubles par eux-mêmes, s'y trouvent dissous par de l'acide carbonique.

Dans l'analyse de ces sortes d'eaux, quelle proportion d'acide carbonique faut-il attribuer aux carbonates? quelle autre doit être considérée comme dissolvant? Toute la proportion de cet acide qui excède le double équivalent nécessaire pour la formation des bicarbonates peut-elle être consi-

dérée comme à l'état de simple dissolution dans le liquide, ou bien est-elle nécessaire pour que ces bicarbonates y restent dissous ?

Dans les eaux alcalines gazeuses, comme celle de Vichy, par exemple, quelle est la proportion d'acide carbonique libre et de celui qui est combiné?

Jusqu'ici rien n'a pu permettre de résoudre ces questions, et dans les analyses si nombreuses d'eaux minérales qui renferment des carbonates insolubles, le dosage de ceux-ci et de l'acide carbonique, qui leur est étranger, a été véritablement impossible, malgré de nombreuses tentatives faites dans ce sens.

Aujourd'hui que l'hydrologie occupe, et avec tant de raison, les chimistes, les administrateurs et les médecins, il m'a paru qu'il devenait important de fournir pour la détermination de ces divers éléments des moyens simples, facilement applicables, n'exigeant aucun calcul, ne reposant sur aucune donnée hypothétique pour l'appréciation des résultats, pouvant être mis en usage sans aucun instrument spécial et permettant d'opérer sur des volumes de liquide assez considérables pour voir disparaître toutes les causes d'erreur afférentes à des expériences qui exigent dans la mesure des volumes de gaz une précision souvent incompatible avec certaines conditions de l'opération.

Je me contenterai de signaler ici les modes qui ont semblé de nature à mieux satisfaire aux données du problème, afin de bien faire apercevoir ce qu'ils laissent à désirer.

Je ne m'arrêterai pas au dosage de la totalité de l'acide carbonique par l'action d'un acide ou par la précipitation au moyen des chlorures de baryum ou de calcium alcalisés par l'ammoniaque, puisqu'il confond ensemble l'acide carbonique libre et celui qui existe à l'état de combinaison avec les bases.

L'action de la chaleur, même fixée à 25 ou 30 degrés, qu'a proposée M. Grange, ne peut être utilisée par suite de la décomposition qu'éprouvent déjà à cette température quelques bicarbonates terreux.

Le procédé proposé par le professeur Schrötter ne peut con-

duire à de meilleurs résultats. Si l'acide carbonique, qui, dans les eaux minérales, tient en dissolution les carbonates insolubles, se trouve éliminé partiellement par le chlorure de calcium fondu qu'on a porté dans le liquide, on est obligé d'admettre que le volume qui y reste dissous est exactement proportionnel à celui du liquide lui-même. Or, rien ne démontre qu'on puisse admettre dans ce cas que le coefficient de solubilité de l'acide carbonique dans l'eau déterminé par le professeur Bunsen s'applique également aux dissolutions salines.

Le contraire est très probable par suite de l'énorme différence de solubilité des gaz carbonique et sulfhydrique dans des dissolutions saturées d'azotate de potasse, de sulfates de soude ou de magnésie, comme je l'ai démontré il y a longues années (1), et qui est telle qu'on peut se servir de cette dernière presque sans aucune absorption, pour recueillir de l'air qui renferme seulement quelques centièmes de l'un de ces gaz ou des deux à la fois.

En tout cas, des mesures exactes du volume des gaz et des calculs sont nécessaires pour apprécier les résultats, et ce n'est toujours que sur de faibles volumes de liquide que l'on peut opérer.

Dans un récent travail, M. Buignet a fait voir que les bicarbonates naturels n'éprouvent pas d'altération dans le vide et fondé sur ce fait la détermination de la proportion d'acide carbonique qui se trouve en liberté dans les eaux, en introduisant comparativement dans des chambres barométriques des poids égaux de l'eau à essayer privée d'air et de gaz par l'ébullition et le vide; d'une portion de cette même eau à son état naturel, et d'une autre dans laquelle on fait passer de l'acide sulfurique étendu.

Au moyen d'une formule très simple, on détermine la proportion d'acide carbonique qui a pris la forme de gaz, mais dans des conditions à peu près inapplicables sur les lieux mêmes où il serait le plus utile d'expérimenter, et, comme dans le procédé du professeur Schrötter, sans qu'on puisse se

(1) *Annales de chimie et de physique*, t. XXXVII, p. 380.

prononcer sur la proportion réelle de gaz carbonique restée dans le liquide, dont le coefficient de dissolubilité doit varier suivant la nature et la proportion des sels qu'il renferme, et en devant se borner également à opérer sur quelques grammes seulement de liquide.

Après avoir vérifié dans une suite de recherches dont je publierai séparément les résultats, ce fait remarquable, que non-seulement des gaz moins solubles dans l'eau que d'autres peuvent chasser ceux-ci de leurs dissolutions, mais que des gaz complétement insolubles agissent de la même manière, j'ai trouvé dans son application le moyen de déterminer, dans une dissolution qui renferme de l'acide carbonique et des bicarbonates de magnésie, de chaux, de fer ou de manganèse, la proportion de cet acide libre ou combiné.

Partons de ce point qu'en faisant passer dans une dissolution aqueuse de gaz carbonique un courant d'air suffisant, tout ce gaz en est chassé à la température ordinaire.

Opérant alors sur de l'eau renfermant en même temps des bicarbonates de chaux, magnésie ou manganèse, ou un mélange de ces sels entre eux, lorsque l'air n'entraîne plus de gaz carbonique, nous vérifierons que le liquide retiendra les bicarbonates de ces bases, auxquels un excès quelconque d'air, pourvu qu'on n'élève pas la température, n'enlèvera pas d'acide carbonique.

Le liquide fournira, au contraire, par l'ébullition ou le passage d'un courant d'air échauffé, du gaz carbonique et un précipité de carbonate.

On voit que j'ai omis de parler du carbonate de fer dissous dans l'acide carbonique : c'est à dessein, parce que le degré d'oxydation du fer n'étant pas toujours le même et l'air injecté pouvant transformer l'oxyde ferreux en oxyde ferrique, les proportions d'acide carbonique dégagées varieraient par là même et ne représenteraient plus l'état réel du sel dans l'eau.

Il faut alors substituer au *courant d'air* un *courant d'hydrogène*, tout le reste se trouvant appliqué de la même manière.

Le peu de baséité de l'oxyde ferrique, la faible stabilité de son bicarbonate et sa grande propension à se décomposer, exigent quelques soins particuliers dans l'opération, comme on va le voir.

Contrairement à ce qui a lieu pour les bicarbonates de chaux, magnésie et manganèse, dans lesquels un énorme excès d'air ne détermine pas de précipité, un gaz comme l'hydrogène, qui ne peut faire passer l'oxyde ferreux à l'état d'oxyde ferrique, après avoir chassé l'acide carbonique en excès, détermine à un moment donné une précipitation de carbonate, d'où il résulte que, si on dépassait ce point de la réaction, une portion du gaz carbonique proviendrait de la décomposition plus ou moins complète du bicarbonate.

Après beaucoup de tâtonnements, je suis parvenu à régulariser cette réaction d'une manière facile. Il suffit pour cela d'arrêter le courant d'hydrogène à l'instant où une bulle détermine un léger louche dans le point du liquide qu'elle traverse.

Mais il faut se hâter alors de retirer le tube qui amène le gaz, d'adapter au vase qui renferme l'eau sur laquelle on opère un appareil propre à doser l'acide carbonique en retenant au passage l'eau par l'acide sulfurique et dégageant le gaz carbonique par l'ébullition, par un courant de gaz surtout échauffé, ou par un acide, suivant qu'on veut déterminer, séparément ou réunis, l'acide carbonique du bicarbonate et du carbonate.

Le mode le plus commode, pour ne pas arriver à la décomposition du bicarbonate de fer, consiste à opérer dans un vase de verre fortement éclairé par la lumière, en observant, par réfraction, l'action altérante d'une seule bulle de gaz.

Ou inversement, en enveloppant le flacon avec du papier noir dans lequel on a pratiqué, d'un côté, une légère ouverture qui sert à introduire la lumière d'une bougie ou d'une lampe, et, de l'autre, une fente étroite devant laquelle on se place pour observer l'action que nous avons signalée.

Pour les eaux qui ne contiennent pas de fer, l'appareil à employer se compose d'un aspirateur, d'un tube en U à ponce

sulfurique, d'un tube à potasse pour retenir l'acide carbonique de l'air, du vase renfermant l'eau sur laquelle on opère, d'un tube à ponce sulfurique pour dessécher le gaz carbonique et du tube à potasse pour le dosage. Au delà, on place un second tube à ponce sulfurique pour retenir l'eau entraînée par l'air qui pourrait rentrer dans l'appareil au moment où l'on remplit l'aspirateur ; et si l'on craignait que cet air renfermât de l'acide carbonique, un autre tube à potasse.

On peut opérer ainsi partout, même au griffon d'une source, sur des volumes d'eau aussi considérables qu'on le désire, et avec lesquels alors on voit disparaître les causes d'erreur, dont l'influence serait énorme, si l'on agissait sur de petites quantités.

Lorsqu'on opère sur des eaux ferrugineuses, on se sert, pour produire le courant, d'un appareil à hydrogène, en supprimant l'aspirateur et le premier tube à ponce sulfurique.

Une dissolution d'acide sulfhydrique se conduit exactement sous l'influence d'un courant d'air, comme celle de gaz carbonique ; mais le dépôt de soufre qui proviendrait de la décomposition d'une portion du gaz oblige à se servir d'hydrogène.

Si ce gaz renfermait du soufre, comme il arrive souvent avec le zinc impur, on lui ferait traverser de l'acétate acide de plomb avant d'arriver au tube à potasse.

Lorsqu'on opère sur une eau qui renferme du sulfure, un hydrosulfate de sulfure et un excès d'acide sulfhydrique, ce dernier seul sera extrait et on le dosera au moyen de l'acétate acide de plomb.

Si le liquide renferme à la fois des bicarbonates, de l'acide carbonique, des composés sulfurés et de l'acide sulfhydrique, on dose celui-ci par l'acétate acide de plomb et l'acide carbonique par la potasse, en opérant toujours comme nous l'avons dit.

L'air déplace, dans les mêmes conditions, l'acide carbonique qui se trouve en dissolution dans un liquide renfermant des bicarbonates alcalins, et permet de doser ce gaz d'une manière rigoureuse.

Dans les eaux minérales magnésiennes, calcaires, ferrifères ou manganésifères, les bicarbonates sont accompagnés d'acide carbonique libre : ils rougissent le tournesol.

Lorsque le gaz a été chassé par le courant d'air, les bicarbonates calcique, magnésique et manganésique, restent en dissolution tant qu'on n'élève pas la température, et les liqueurs sont neutres au papier réactif.

Le bicarbonate de fer, une fois privé de l'excès d'acide carbonique qui l'accompagnait, se décompose avec une extrême rapidité, même dans une atmosphère d'hydrogène ou d'azote. Nous avons vu précédemment comment il fallait, dans ce cas, conduire l'opération.

Ainsi, à une source même, quand il ne s'agit que d'acide carbonique, un tonneau comme aspirateur, quelques tubes à potasse et à ponce sulfurique, un flacon pour contenir l'eau à essayer et une balance, sont les seules choses nécessaires, et, comme on peut opérer à volonté sur 10, 30, 50 et même 100 litres d'eau, le poids de l'acide carbonique fixé ne rend pas indispensable une balance de grande précision.

Si c'est sur de l'eau sulfhydrique que l'on opère, un appareil producteur d'hydrogène substitué à l'aspirateur suffit pour la réaction.

Si l'eau renferme à la fois des acides carbonique et sulfhydrique, l'appareil à hydrogène, la ponce sulfurique, l'acétate acide de plomb et la potasse, permettent de recueillir et de doser tous les produits gazeux.

Nous devons faire remarquer en terminant que, dans ce procédé, l'eau d'où l'on a ainsi chassé les acides carbonique ou sulfhydrique peut servir à la détermination de tous les autres principes qu'elle renferme, condition qui n'est pas sans importance dans beaucoup de circonstances.

Ajoutons enfin que, quand il s'agira de déterminer la proportion de gaz carbonique dans des eaux atmosphériques, l'emploi d'un courant d'air purifié par la potasse sera de beaucoup préférable à l'ébullition et permettra de doser très exactement ce gaz, sans avoir à se préoccuper de sa solubilité dans la portion d'eau qui se dégage avec lui et qui, en se

condensant, en retient une plus ou moins grande quantité.

Au moyen de l'acide carbonique, on pourra déterminer exactement le volume d'air que contient une eau donnée, ce qui est loin de fournir le mode suivi jusqu'ici.

Le procédé que nous venons de décrire nous paraît susceptible d'applications utiles et variées, et de nature à permettre de décider beaucoup de questions de météorologie, d'hydrologie et de thérapeutique. Nous nous bornons à indiquer ces applications; dans un autre mémoire, nous ferons connaître beaucoup de faits très remarquables qui s'y rapportent.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Juin.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 23.

Journal des Savants. Mai.

L'Abeille médicale, n. 24.

La France médicale, n. 24.

Gazette médicale de Paris, n. 24.

La Clinique européenne, n. 24.

Le Progrès, n. 23.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 23.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 68 à 70.

L'Union médicale, n. 68 à 70.

Gazette des hôpitaux, n. 67 à 69.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 23.

SÉANCE DU 21 JUIN 1859.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales du département du Gers, sur le service médical de ces eaux pendant l'année 1857. — Un rapport de M. le docteur REGNAULT, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Une notice imprimée sur les eaux thermales d'Ussat, par M. le docteur BONNANS, inspecteur-adjoint. (*Dépôt à la bibliothèque.*)

III. Un rapport de M. le docteur PIGLOWSKI, sur le service médical des eaux du Vernet, pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

IV. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1858 dans le département des Hautes-Pyrénées. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur BOUYER prie l'Académie de vouloir bien surseoir au jugement qu'elle doit prononcer sur un médicament qu'il a soumis à son examen, ayant, dit-il, de nouveaux faits à communiquer. (Renvoi à la *Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

II. M. le docteur BATAILLHÉ prie l'Académie d'accepter en dépôt, dans ses archives, un pli cacheté. (*Accepté.*)

III. M. le docteur CARRON DU VILLARDS, résidant à Rio de Janeiro, donne à l'Académie quelques renseignements relatifs au sieur Vriès.

—

LECTURES.

M. REYNAL donne lecture à l'Académie d'une *Note sur la maladie parasitaire des oiseaux de basse-cour transmissible à l'homme et au cheval.* (*Commissaires :* MM. Trousseau, Delafond et Robin.)

—

RAPPORTS.

Traitement de la goutte et du rhumatisme, par M. le docteur LE CALVÉ, médecin à Luzarches. — (*Rapport* de M. Bouillaud.)

I. Messieurs, il y a déjà bien longtemps que j'ai été chargé par l'Académie de la tâche assez difficile dont je viens m'acquitter aujourd'hui. On doit un peu de patience et même de l'indulgence à quiconque accomplit un devoir.

Le grave sujet choisi par M. Le Calvé compte au premier rang de ceux sur lesquels s'est le plus exercé, dans tous les temps et dans tous les pays, cet esprit *inventif*, qui constitue l'une des plus belles facultés dont la médecine a besoin de réclamer le service. On ferait des volumes si l'on voulait exposer tout ce qui a été *imaginé* sous toutes les formes possibles, relativement au traitement de ce qu'on appelle la *goutte* et le *rhumatisme*. Ajoutons que l'on n'a pas moins disputé, ce qui est beaucoup dire, sur la nature de ces maladies que sur leur traitement lui-même. Au reste, ces deux ordres de disputes se touchent de si près qu'il n'est pas étonnant qu'ils rivalisent ainsi de fréquence.

Un rapport intime et nécessaire existe, en effet, entre la nature et le traitement des maladies. Le divin vieillard

n'ignorait pas ce rapport lorsqu'il a écrit : *Naturam morborum ostendunt curationes*, proposition qui a pour *pendant*, si l'on peut parler de la sorte, celle-ci : *Curationes morborum ostendit natura*. Et non-seulement Hippocrate n'ignorait pas le rapport que nous signalons ici, mais il a cru devoir le formuler, et il a dit : *Contraria contrariis curantur*, véritable axiome thérapeutique, consacré par la pratique de tous les siècles, et contre lequel nuls efforts ne sauraient prévaloir. De ce grand principe doctrinal dérive le principe de nomenclature, qui consiste à désigner les médications par les noms mêmes des maladies considérées dans leur nature ou dans l'un de leurs caractères fondamentaux, précédés de l'adverbe *anti* (antiphlogistiques, antiscorbutiques, antiscrofuleux, antisyphilitiques, antiseptiques, antidotes, antigoutteux, antipériodiques, etc.).

Que les applications de ce système de nomenclature aient été plus ou moins malheureuses, à des époques où les connaissances sur la nature et le siége des maladies *générales* ou *locales*, ainsi que sur la nature des agents thérapeutiques, qui peut le nier ou l'ignorer? Mais cela ne touche en rien au fond même du principe, qui, disons-le une seconde fois, sortira toujours victorieux et triomphant des attaques de ses adversaires : il est réellement *imprescriptible*. Il ne s'agit donc désormais que de faire justice de tout ce qu'il y a de suranné, soit dans les doctrines, soit dans le langage.

Quelle que soit la manière dont le problème de la maladie ait été posé ; qu'on ait dit avec Pitcairn : *une maladie étant donnée, trouver le remède ;* ou bien avec notre bon Pinel, qui jugeait la formule de Pitcairn beaucoup trop hardie : *une maladie étant donnée, trouver la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique ;* ou que, réunissant les deux formules de Pitcairn et de Pinel, on ait proclamé d'une manière plus juste, plus large, plus *compréhensive : une maladie étant donnée*, c'est-à-dire bien connue, bien déterminée, *trouver la place qu'elle doit occuper dans un cadre nosologique*, et le traitement qui lui convient ; quelle que soit, répétons-nous,

la manière dont on ait posé le problème de la maladie, toujours est-il que tout traitement rationnel reposera sur la connaissance telle quelle de cette maladie. Voilà pourquoi Bichat nous enseigne, avec tant de vérité, que dans tous les temps les systèmes nosologiques ont, pour ainsi dire, *reflué* sur la thérapeutique. D'où il suit qu'on ne saurait trop s'appliquer à connaître de plus en plus exactement les maladies, puisque toute erreur en cette matière a pour conséquence fatale une erreur en matière de thérapeutique.

Chacun de nous, messieurs, quelques-uns peut-être, *sans trop le savoir*, sacrifient au principe dont il est ici question. C'est, en quelque sorte, pour lui rendre hommage que l'auteur du travail dont le rapport nous a été confié, bien qu'il ait pris pour titre : *Mémoire sur le traitement de la goutte et du rhumatisme*, a commencé par des considérations sur ces deux maladies, qu'il a mises en parallèle l'une avec l'autre. Mais avant d'analyser ce mémoire, disons encore quelques mots relativement aux principes qui doivent présider à toutes nos investigations thérapeutiques.

Reconnaissons d'abord qu'il n'est jamais permis d'affirmer qu'une médication donnée a *réellement* guéri une maladie également donnée, qu'après avoir préalablement bien établi, par des faits exactement observés et suffisamment nombreux, qu'abandonnée à elle-même, uniquement confiée aux soins de cet invisible médecin qu'on a désigné sous les noms de *nature curatrice* (*natura morborum curatrix* d'Hippocrate), *force médicatrice de la nature*, etc., cette maladie poursuit irrésistiblement le cours de ses périodes, entraînant à sa suite des *lésions organiques* plus ou moins graves, et, dans un certain nombre de cas, la mort des malades.

Cette vérité une fois reconnue, il reste à démontrer cliniquement, c'est-à-dire par des *faits bien observés, bien comptés, suffisamment nombreux, bien analysés, bien interprétés, bien catégorisés*, il reste à démontrer, disons-nous, que sous l'influence de la médication opposée à cette maladie, on a plus ou moins abrégé sa durée, prévenu le développement des lésions organiques dont il vient d'être question, et fait baisser,

dans une proportion plus ou moins forte, le chiffre de la mortalité.

Passons maintenant à l'analyse du mémoire de M. le docteur Le Calvé.

II. Ce mémoire est divisé en deux parties : la première, ainsi que nous venons de le dire un peu plus haut, est consacrée au parallèle de la goutte et du rhumatisme ; dans la seconde se trouve l'exposition du traitement, suivie des observations que M. Le Calvé considère comme propres à prouver l'efficacité du traitement nouveau qu'il emploie.

1° *Parallèle du rhumatisme et de la goutte.* — L'auteur compare d'abord les deux maladies ci-dessus nommées sous le rapport des causes prédisposantes et occasionnelles. On admet, dit-il, l'*hérédité* pour la *goutte*, et on ne l'admet pas pour le rhumatisme. Il ne partage pas cette doctrine, et il affirme qu'il a soigné un grand nombre de malades chez lesquels le rhumatisme était *héréditaire*. Relativement à l'âge, il reconnaît, avec un certain nombre d'auteurs, qu'on observe *rarement* la goutte avant l'âge de puberté, tandis que le rhumatisme se rencontre presque à tous les âges. Relativement à la *conformation* particulière du corps, comme cause prédisposante, tout ce que l'on a écrit à ce sujet pourrait, selon notre auteur, se résumer ainsi : c'est que les personnes d'un tempérament lymphatico-sanguin sont plus sujettes à la goutte que les autres ; mais il affirme que *ceci n'est encore que relativement vrai*, et que l'on voit chaque jour affectées de rhumatisme et de goutte des personnes de constitution opposée.

M. Le Calvé combat l'opinion de ceux qui ont affirmé d'*autorité* que les individus affectés d'hémorrhoïdes avaient une grande disposition à la goutte, et n'étaient jamais affectés de rhumatisme. Il a vu un grand nombre de goutteux chez lesquels il n'y avait jamais eu d'hémorrhoïdes, et par contre beaucoup de *rhumatiques* affectés d'hémorrhoïdes.

Les hommes sont plus sujets que les femmes à la goutte, mais M. Le Calvé attribue cette particularité à ce que les premiers s'exposent plus que les seconds aux causes détermi-

nantes. Toutefois, une remarque l'a frappé : c'est que dans les familles où la goutte est héréditaire, lorsqu'il y a dans ces familles des enfants des deux sexes, en général les garçons sont atteints de la goutte et les filles de rhumatisme.

Cela dit sur les causes *prédisposantes*, M. Le Calvé passe aux causes *déterminantes*. Il déclare que ces dernières sont les mêmes dans les deux maladies. Il insiste sur l'action du froid, car, dit-il, elle est considérée comme la cause déterminante la plus générale de la goutte et du rhumatisme. Il rappelle que l'excès et l'abus des plaisirs vénériens ont été classés parmi les causes déterminantes dont il est question, mais sans rien ajouter, sans approuver ni improuver. « Il est, ajoute-t-il, une *foule* d'autres causes, comme une forte émotion, la colère, la constipation habituelle, la tendance à l'obésité, que l'on peut appeler *secondaires* (très secondaires, en effet!), et qu'il serait trop long d'énumérer. »

Après avoir comparé la goutte et le rhumatisme sous le rapport *étiologique*, M. Le Calvé les met en parallèle sous le rapport séméiologique.

A l'état aigu, on remarque, dit-il, au début de ces deux maladies : « inflammation, gonflement et douleur d'une articulation, rarement de plusieurs. Je dois ici ouvrir une parenthèse; le mot inflammation est-il bien celui qui convient à ce premier état morbide? Mais si l'on avait à traiter une simple inflammation et de nature tranchée, les antiphlogistiques seuls en auraient bien vite raison, et cependant il n'en est rien. Dans ces deux maladies traitées par les saignées générales et locales, ou livrées à elles-mêmes, on voit les douleurs et le gonflement d'une articulation disparaître subitement, sans laisser d'autre trace qu'un peu de gêne dans les mouvements, et une ou plusieurs articulations, souvent très éloignées, être affectées subitement à leur tour de tous les symptômes de l'articulation atteinte la première, peut-on raisonnablement appeler un tel état simplement inflammatoire? Non, cela n'est pas, il y a dans ces maladies un élément *sui generis* qu'il faut combattre par les moyens spécifiques. »

L'auteur ajoute qu'il a publié, en 1840, dans le *Journal de médecine de Montpellier*, un mémoire sur l'ophthalmie *rhumatismale*, dans lequel il prétend avoir prouvé que cette maladie ne cédait pas aux émissions sanguines seules, mais qu'elle disparaissait très promptement par l'usage des *antirhumatiques*. Il est cependant bien loin de proscrire la saignée au début de ces deux maladies, il affirme même qu'elle rend souvent de grands services en *abattant* le symptôme fièvre.

Selon lui, une différence *caractéristique*, et la seule qui soit bien prononcée, c'est que la goutte donne lieu à des nodosités calcaires des articulations, ce que l'on ne remarque pas dans le rhumastime. Il ne pense pas, avec Scudamore, que la goutte aiguë diffère de ce dernier, parce que, au début d'une de ses attaques, il se manifeste une sensation douloureuse dans la région précordiale, suivie souvent de battements tumultueux du cœur. En effet, dit-il, dans le rhumatisme aigu, on observe les mêmes phénomènes, portés souvent à un plus haut degré; à l'appui de cette assertion, il rappelle les recherches de l'auteur de ce rapport sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'indocardite avec le rhumatisme articulaire aigu, de sorte que le phénomène que Scudamore considérait comme un caractère distinctif entre la goutte et le rhumatisme, devient, au contraire, pour M. Le Calvé, un nouveau trait de ressemblance entre ces deux maladies.

De ses propres recherches, et de celles d'un grand nombre d'auteurs (Barthez, Baillou, Murray, Ludwig, Scudamore, etc.), il conclut textuellement : « que ces deux maladies sont non-» seulement de la même famille, mais qu'elles ne sont que » deux variétés de la même espèce, et qu'elles sont liées par » un trait d'union admis par tous les auteurs, le rhumatisme » goutteux; que cependant il est vrai de dire qu'en général la » goutte affecte plus profondément l'économie, est plus » tenace, plus rebelle que le rhumatisme et exige un traite-» ment plus long. »

2° *Traitement proposé par M. Le Calvé.* — Cet honorable praticien commence par déclarer qu'il n'est arrivé aux résultats obtenus par lui qu'après beaucoup d'essais et de tâton-

nements ; il lui paraît inutile d'exposer comment il a été amené, par une série d'observations faites sur une grande échelle et par le *raisonnement analytique*, à faire usage du traitement qui lui a réussi tant de fois. Il se contente de présenter vingt-quatre observations prises au hasard parmi le grand nombre (plus de 300) de celles qu'il possède (1). Avant d'examiner ces observations, nous allons faire connaître à l'Académie le *sirop* et le *topique* qui constituent la base du traitement de M. Le Calvé.

Voici d'abord la composition du sirop (le rapporteur laisse à ses collègues de la section de pharmacie le soin de l'apprécier sous le rapport pharmaceutique proprement dit).

Prenez (pour le sirop) :

Extrait alcoolique d'aconit.....	ana 50 centigr.
— — de digitale.....	
— — de menthe poivrée..	
Extrait aqueux de persicaire.....	1 gramme.
Eau distillée, q. s., pour dissoudre sirop de gomme.....	300 grammes.

En prendre une cuillerée à café le matin, une à midi et une le soir, dans un verre d'eau gommée.

Voici maintenant la formule du topique.

Prenez (pour le topique) :

Teinture de lierre terrestre.....	ana 100 grammes.
— de scille.....	
— de menthe poivrée.....	
— de belladone.....	60 grammes.

On enveloppe les parties affectées d'une compresse imbibée du topique.

Les seules conclusions générales de M. Le Calvé sont les suivantes, que nous allons consigner ici textuellement :

(1) Parmi ces vingt-quatre observations, il en est quatre de relatives à la *sciatique*, et qui n'auraient pas dû, *malgré leur droit* d'affinité ou de parenté, être rapportées dans un travail exclusivement consacré à la goutte et au rhumatisme.

« La goutte et le rhumatisme sont deux maladies de même nature qui se confondent souvent pour n'en former qu'une seule et qui guérissent par le même traitement peu modifié ; elles sont de la même famille, et ne sont que deux variétés de la même espèce,

» Elles sont héréditaires ou acquises, et dans les deux cas deviennent rapidement constitutionnelles.

» Pour en avoir raison, il faut faire marcher de front le traitement interne et attaquer l'*élément* goutteux ou *rhumatismal*, et le traitement externe qui n'a pour but que de calmer l'élément douleur, symptôme de ces maladies, et de faire disparaître le gonflement et l'œdème.

» Je n'ai pas parlé du traitement diététique, ayant regardé cela comme chose inutile; tout praticien sait que les maladies aiguës réclament une diète sévère, et que dans les affections chroniques on peut et on doit nourrir les malades.

» Le sirop *peut et doit* subir des modifications, dans les doses, suivant les cas, et c'est *à la sagacité* du praticien à préciser ces modifications; il en est ainsi du topique. Dans les cas les plus graves, *on peut et on doit* augmenter la teinture de lierre terrestre et de belladone, et en diminuer la dose lorsque la maladie a diminué d'intensité et que la douleur a disparu. »

III. Les faits particuliers que contient le mémoire de M. Le Calvé ne pèchent-ils contre aucune des règles qui ont été précédemment posées? En d'autres termes, sont-ils bien *observés, bien comptés, suffisamment nombreux, bien analysés, bien interprétés, bien catégorisés?* Notre confrère conviendra volontiers lui-même qu'ils laissent beaucoup à désirer sous tous ces rapports.

Il en est qui ne se composent que de quelques lignes. Les observations les plus détaillées ne contiennent pas une description suffisamment exacte de l'état des articulations, et de plus nous laissent dans une ignorance absolue sur l'état des organes intérieurs en général, et du cœur en particulier, lequel, ainsi que M. Le Calvé le sait parfaitement, est si souvent le siége d'une affection de même nature que

celle des articulations. Une telle omission frappe d'une sorte de nullité les observations que nous examinons, particulièrement en ce qui concerne les résultats nets du traitement. En effet, combien de malades, traités par M. Le Calvé pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois, débarrassés à la longue de leurs affections articulaires, ont pu être considérés comme entièrement guéris, bien qu'ils fussent atteints, consécutivement à une péricardite et à une endocardite *rhumatismales*, de quelque maladie chronique organique du cœur plus ou moins grave.

IV. Avant de faire subir au fond même du travail de M. le docteur Le Calvé l'épreuve des principes établis au commencement de ce rapport, rendons pleine justice aux bonnes intentions de cet honorable praticien. Il déclare qu'il n'a entrepris son travail que pour obéir à ce précepte, dont il fait honneur à Montaigne : « L'homme qui possède une observa- » tion utile, la doit à ses semblables. » On ne saurait être inspiré par un meilleur sentiment, obéir à un plus noble précepte : *Laudanda volontas.*

La bonne volonté ainsi louée, voyons si, dans l'exécution de son œuvre, l'auteur a su se conformer aux lois, aux principes qui régissent en quelque sorte la matière en question.

La première condition à remplir, avons-nous dit plus haut, c'est de bien caractériser, de bien déterminer, de bien *définir* la maladie à laquelle s'applique le traitement proposé.

M. Le Calvé a-t-il satisfait complétement à cette première condition, à cette loi ? Nous regrettons de ne pouvoir répondre par l'affirmative. En effet, pour ne parler que du rhumatisme dont, à son avis, d'ailleurs, la goutte ne différerait pas essentiellement, où se trouve, dans son travail, une définition claire et précise de cette maladie? Nulle part.

Il dit bien d'abord qu'il s'agit d'inflammation *articulaire.* Mais aussitôt il se ravise, en quelque sorte, ouvre une parenthèse, comme il le dit, déclare que l'état des articulations ne peut être *raisonnablement appelé simplement inflam-*

matoire. « Non, ajoute-t-il, cela n'est pas; il y a un élément *sui generis* qu'il faut combattre par les moyens *spécifiques*, par les *antirhumatiques*.

Mais quel est cet élément *sui generis*, cet élément *rhumatique*, différent de l'élément inflammatoire? L'auteur ne nous en dit absolument rien.

De ce que M. Le Calvé n'a pu asseoir sa thérapeutique sur une base rationnelle, sur la première de toutes les indications, on ne serait pas autorisé à en conclure que sa méthode thérapeutique n'est pas bonne. La seule conclusion rigoureuse, c'est que, dans le langage reçu, cette méthode est *empirique*. Or, personne n'ignore qu'une méthode *empirique*, proprement dite, guérit certaines maladies. Reste à savoir si telle est la méthode qui nous occupe, question que nous discuterons tout à l'heure.

Le second principe que nous avons rappelé au commencement de ce rapport, principe formulé par Hippocrate lui-même, c'est que, dans toute école thérapeutique rationnelle, les maladies sont guéries par leurs contraires, *contraria contrariis curantur*.

M. le docteur Le Calvé n'a point méconnu ce principe *sacramentel*. En effet, ayant admis un élément *sui generis* dans le rhumatisme, il a proposé de le combattre par des moyens *spécifiques*, par l'usage des *antirhumatiques*. Mais s'il est resté fidèle au principe hippocratique ci-dessus posé, principe universellement adopté et consacré, il n'a rien moins que prouvé la vertu *antirhumatique* des moyens qu'il conseille, de même qu'il n'avait nullement démontré la *nature spécifique* du rhumatisme. Sous ce double rapport, son œuvre, quelque méritoire qu'elle fût d'ailleurs, serait donc, sinon à recommencer, du moins à poursuivre, sous de meilleurs auspices.

Ainsi, d'un côté, M. Le Calvé ne peut pas faire l'application de la maxime : *Natura morborum ostendit curationes*, puisqu'il ignore la nature du rhumatisme. D'un autre côté, il ne peut pas faire l'application de cette seconde maxime : *Naturam morborum ostendunt curationes*, puisqu'il ignore

complétement aussi quel rapport il y a entre les agents qu'il propose et la nature du rhumatisme.

Que reste-t-il donc à M. Le Calvé pour prouver l'efficacité du traitement qu'il propose? L'expérience *brute* ou l'empirisme proprement dit. Or, cette espèce de preuve elle-même fait défaut dans le travail que nous avons analysé, ou plutôt les observations rapportées dans ce travail ne tendent que trop à prouver que, dans les cas un peu graves du moins, la pratique de notre confrère n'est pas assez puissante pour enrayer la marche de la maladie. Nous devons ajouter, d'ailleurs, que, dans ce qu'il appelle des *guérisons* obtenues par sa médication, il se pourrait bien que la meilleure part dût être attribuée à cette puissance médicatrice *naturelle* dont il a été question plus haut.

Sous le rapport de son impuissance, la pratique de M. Le Calvé ne diffère point essentiellement, il faut bien l'avouer, de toutes celles en si grand nombre proposées et employées auparavant (j'en excepte une seule, sur laquelle je dirai quelques mots seulement, avant de terminer ce rapport). Nous en appelons, à l'appui de notre assertion, au juge suprême en ce genre de débat, c'est-à-dire à la saine clinique.

Que l'on nous montre, en effet, au lit des malades, le sulfate de quinine, l'émétique à haute dose, l'opium, le nitrate de potasse, la vératrine, etc., etc., parvenant à triompher, dans le courant du premier septénaire de leur administration, d'un violent rhumatisme articulaire aigu, d'une violente *fièvre rhumatismale*, si l'on aime mieux, au début de laquelle ils auront été mis en usage. Or, toute médication qui, dans cette espèce de maladie, ne possède pas le pouvoir, en quelque sorte *abortif*, dont il s'agit, n'est pas, à parler exactement, une méthode *curatrice*, car elle ne saurait empêcher quelques-unes des affections dont se composent les cas divers de la maladie, de se terminer par le développement de lésions dites organiques, lésions au premier rang desquelles il faut placer celles du cœur et des gros vaisseaux.

V. Il nous reste maintenant, messieurs, à vous entretenir

aussi rapidement que possible de la médication en faveur de laquelle nous avons fait une heureuse *exception*. Cette médication est essentiellement appropriée à la nature du *rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre rhumatismale*, essentiellement conforme au principe : *Contraria contrariis curantur*. Cette médication, que nous nous félicitons de pouvoir placer sous la puissante protection, sous le glorieux patronage de deux des plus grands princes de la pratique médicale, dont le premier, Sydenham, l'Hippocrate anglais, florissait au XVIIe siècle, et dont le second, l'Hippocrate allemand, Maximilien Stoll, régnait dans le siècle suivant : cette médication, disons-nous, est la méthode appelée *antiphlogistique*.

Ce qui précède *suppose* que le rhumatisme articulaire aigu, tel que l'ont décrit Sydenham et Stoll aux XVIIe et XVIIIe siècles, et tel qu'il l'a été, avec de nouveaux développements, dans notre siècle actuel, appartient à la classe des phlegmasies, soit générales, soit locales. C'est, en effet, ce que Sydenham et Stoll ont admis, ce que Pinel lui-même avait reconnu, et ce qui, de nos jours, a été démontré d'une manière tellement victorieuse qu'il y aurait assurément plus que de la mauvaise grâce à le contester désormais. Autant vaudrait nier la lumière et l'évidence mêmes.

Ajoutons seulement, pour distinguer *étiologiquement* cette espèce de phlegmasie de toutes les autres (distinction d'ailleurs de la plus haute importance), qu'elle se développe sous l'influence de refroidissements plus ou moins brusques, alternant avec des échauffements plus ou moins considérables du corps, portés ordinairement au point de provoquer une diaphorèse plus ou moins abondante. C'est cette cause déterminante ou occasionnelle, que Sydenham avait déjà signalée sous le nom de *causa evidens externa*. Elle a, dans un très grand nombre de cas, pour auxiliaire une prédisposition *native*, *innée*, *organique*, prédisposition, cause prédisposante qui ne peut échapper à aucun praticien vraiment digne de ce nom, et sans la connaissance de laquelle on ne comprendrait réellement rien à certains phénomènes de l'affection qui nous occupe. Quiconque cher-

chera, je ne dirai pas la *spécificité* mais la *spécialité* du rhumatisme articulaire hors des conditions que nous venons de signaler, s'engagera dans une fausse voie, dans un sentier qui ne saurait jamais le conduire à la vérité. Pourquoi faut-il que notre honorable confrère, M. le docteur Le Calvé, nous ait donné un nouvel exemple de ce genre d'égarement ?

Le génie *inflammatoire* de la maladie désignée sous les noms de rhumatisme articulaire aigu, de *fièvre rhumatismale*, etc., étant ainsi établi, sous le double point de vue des affections locales et de l'état général ou *diathésique*, et la cause *spéciale* de l'élément phlegmasique étant également ainsi déterminée, les *indications* du traitement préservatif ou prophylactique et du traitement curatif se trouvant par conséquent clairement, rationnellement posées, il semblerait que tout soit fini, et que le dernier mot de cette grave question soit dit. Il n'en est rien cependant, du moins en ce qui concerne le traitement curatif, c'est-à-dire, la méthode *antiphlogistique* en général et les émissions sanguines en particulier, la plus puissante, la plus énergique de toutes les armes au moyen desquelles cette méthode combat les maladies spéciales auxquelles elle s'applique. Ce n'est pas, en effet, une arme facile à manier que celle des émissions sanguines, générales et locales. L'indication d'y recourir étant donnée et reconnue, il reste à les *formuler*, à faire connaître la juste mesure selon laquelle elles doivent être employées, en un espace de temps déterminé, dans les différentes catégories de cas que nous présente la pratique. Car, s'il est vrai de dire, d'une manière générale, qu'en médecine, il faut, à l'instar du Créateur lui-même, procéder toujours avec le nombre, le poids et la mesure (*numero, pondere et mensura Deus fecit mundum*), c'est plus particulièrement dans les délicates et graves opérations de la thérapeutique qu'il faut ainsi procéder.

Le rapporteur ne saurait entrer ici dans tous les détails que comporte le sujet en discussion, tels qu'il les a, d'ailleurs, exposés en mainte occasion. Il doit se contenter de faire une application des principes indiqués tout à l'heure aux émissions sanguines, selon les diverses pratiques employées jusqu'à

ces derniers temps, et notamment sur la pratique de Sydenham, essayée plus tard par Stoll.

Cette pratique est trop célèbre pour que je ne puisse pas me dispenser d'en tracer l'exposé dans une assemblée telle que celle-ci. Je rappellerai seulement qu'elle consistait à pratiquer quatre saignées du bras, de dix onces chacune, dans l'espace d'une huitaine de jours. Il arrivait rarement à Sydenham d'aller au delà d'une quatrième saignée.

Il est bien fâcheux que Sydenham se soit abstenu de tout développement sur les diverses circonstances qui doivent faire varier la *formule* des saignées; qu'il n'ait pas distingué, *catégorisé*, *précisé* les différents cas qui peuvent se présenter, et que par conséquent ce grand praticien ait laissé beaucoup à faire à ses successeurs sous le rapport de l'emploi des saignées dans le traitement du rhumatisme articulaire.

Sydenham avoue, avec sa sincérité accoutumée, que le rhumatisme articulaire résista souvent à sa pratique. Stoll fait la même déclaration. « Je suivais quelquefois, dit-il, la pratique de Sydenham, *mais la longueur du mal éluda souvent ce traitement actif...*, des malades restaient plusieurs semaines sans pouvoir se remuer. »

Personne plus que le rapporteur assurément n'est disposé à proclamer l'impuissance de la pratique de Sydenham, appliquée aux cas de violent rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec accompagnement de péricardite, d'endocardite, etc. Toutefois, je me permettrai de faire remarquer, en passant, que si les quatre saignées pratiquées par Sydenham dans un espace d'environ huit jours, eussent été faites dans l'espace de deux ou trois jours, selon l'intensité variable de la maladie, elles eussent réussi dans un certain nombre des cas où elles échouèrent plus ou moins complétement, tant il est vrai qu'en thérapeutique, comme ailleurs, la *vitesse* est une condition qu'on ne saurait prendre en trop grande considération et pour ainsi dire trop bien *calculer!*

De ce que deux illustres praticiens, tels que Sydenham et Stoll, n'avaient pas obtenu des émissions sanguines, de la *manière* dont ils les employaient, ces résultats héroïques auxquels

on reconnaît les médications vraiment *curatrices*, pouvait-on en conclure que de tels résultats ne se produiraient pas sous l'empire de ces mêmes émissions sanguines autrement formulées? J'avoue que, pour ma part, je ne connais aucune logique, véritablement digne de ce nom, dans laquelle on puisse trouver la justification d'une telle conclusion. Malheur, au reste, à la logique qui lui prêterait le secours de ses principes! En effet, sur *mon honneur et ma conscience*, pour parler le langage d'un juré; sur la foi d'une expérience exacte et rigoureuse qui date déjà de plus d'un quart de siècle, espace de temps pendant lequel il ne s'est pas écoulé une année sans que, en moyenne, j'aie recueilli une centaine de cas de rhumatisme articulaire sous toutes ses formes et ses espèces, ce qui porte la somme totale de ces cas à plus de 2,000, j'ose affirmer, sans crainte d'être démenti par plusieurs centaines de témoins dont on ne saurait suspecter la compétence, que, grâce à une formule nouvelle des émissions sanguines, employées à temps et appropriées à chaque cas particulier, on arrête, dans l'immense majorité des cas, le cours du *rhumatisme articulaire aigu*, de la *fièvre rhumatismale*, à tel point que la convalescence commence dans le courant du premier septénaire de ce traitement, et que l'on prévient ainsi le développement de ces fatales lésions chroniques, organiques, tant intérieures qu'extérieures, que chaque jour, soit dans ma pratique publique, soit dans ma pratique particulière, j'ai la triste occasion de rencontrer *en grand nombre* chez des personnes traitées par toutes les autres méthodes.

Je ne rappelle ici, messieurs, de tels résultats, que pour l'acquit de ma conscience. Je sais qu'ils ont été, je ne dis pas réfutés, ce que j'ose déclarer impossible, mais niés. Voici, par exemple, ce qu'on lit dans un ouvrage qui porte le nom d'un praticien célèbre. Mais le passage que je vais citer appartient, non à ce praticien lui-même, mais au rédacteur de ses *Leçons*.

Après avoir dit que « ce ne serait pas une accusation par trop téméraire ni par trop invraisemblable, que d'imputer aux saignées coup sur coup la prolongation de la maladie au delà

de son terme naturel (1), qui paraissent aussi amener ces bruits de soufflet, de *scie* et de *lime*, plus probablement dus à l'état d'anémie générale qu'à l'existence problématique d'une endocardite (2), » le rédacteur de l'ouvrage poursuit ainsi :

« Qu'un médecin, un *charlatan même* vienne avec une drogue jusqu'alors inconnue, et dise : Voilà le spécifique de la goutte et du rhumatisme, on peut, sans doute, se méfier de son assertion... Toutefois on ne saurait nier absolument la vertu du prétendu spécifique, jusqu'à tant que l'expérience ait prononcé; car il n'est pas impossible qu'un tel remède soit un jour découvert.

» Mais que l'on prétende établir une médecine spécifique, jugulante et infaillible, avec des moyens depuis longtemps connus et éprouvés, avec des moyens qui sont avantageux sans doute dans une certaine mesure, mais qui n'ont ni l'un ni l'autre une efficacité constante et immanquable, qui abattent souvent le malade plutôt que la maladie, et qui, poussés à l'excès, sont encore plus capables de *juguler* celui-là que celle-ci : c'est là, ce nous semble, une prétention singulière et bizarre que les hommes instruits et expérimentés sont en droit de rejeter comme chose déjà jugée, et, pour ainsi dire, par fin de non-recevoir, même avant l'examen des faits sur lesquels elle est soi-disant appuyée (3). »

Ab uno disce omnes. J'en appelle à tout médecin impartial, est-ce ainsi qu'on doit procéder en pareille matière et en pareille occasion? On nous parle, avec raison, d'une *certaine mesure* dans l'emploi des émissions sanguines. Mais il faut

(1) On accuse de prolonger la durée du rhumatisme articulaire un traitement qui, employé à temps, réduit à un septénaire cette durée, laquelle est de plusieurs semaines, de plusieurs mois même, sous l'influence des autres traitements!

(2) Attribuer à des saignées coup sur coup des bruits qui existaient déjà avant qu'aucune saignée eût été encore pratiquée!... et puis des bruits de *lime* et de *scie* qu'on rapporte à l'anémie!

(3) *Leçons de M. Chomel sur le rhumatisme*, rédigées par M. Requin, p. 286 et suiv.

aussi une *certaine mesure* dans l'emploi de la critique, et certes si la mesure dans laquelle l'auteur de l'article précédent emploie les émissions sanguines peut se calculer d'après la mesure de ses attaques, il nous semble qu'on pourrait, sans être accusé d'exagération, désigner sa pratique sous le nom de *saignées outre mesure*, par opposition à cette *formule des saignées selon la juste mesure*, que, selon lui, « les hommes instruits et expérimentés sont en droit de rejeter comme chose déjà jugée, et pour ainsi dire, par fin de non-recevoir, même avant l'examen des faits sur lesquels elle est soi-disant appuyée, tandis que l'on ne saurait nier absolument la vertu d'une drogue jusqu'alors inconnue, qu'un médecin, un *charlatan même* seraient venus proposer comme le *spécifique* de la goutte et du rhumatisme, jusqu'à tant que l'expérience ait prononcé. »

Quoi qu'il en soit, les jugements, ou, pour parler plus juste, les accusations du genre de celles signalées tout à l'heure, parties de tous les points de l'horizon médical, obtinrent rapidement tout le succès que leurs auteurs pouvaient s'en promettre. Mais, si les juges de Galilée avaient bien vainement condamné la terre à ne pas tourner, c'est bien vainement aussi que les juges dont nous venons de parler ont condamné les saignées, *employées dans une juste et suffisante mesure*, bien formulées, selon les cas, à ne pas guérir le rhumatisme articulaire aigu, et aussi les autres maladies inflammatoires.

Condamné et emprisonné, Galilée se dit : *E pur si muove!* En effet, obéissante au système, et pour ainsi dire à la voix de Galilée, chaque jour, sans jamais se reposer, la terre roule dans l'immensité des cieux, parcourt, sans jamais s'égarer, la route tracée par le doigt divin, et fait chaque année son tour de soleil.

Ne bien! *si parva licet componere magnis*, chaque jour aussi, en dépit de toutes les attaques, la *nouvelle* formule des émissions sanguines poursuit en quelque sorte son mouvement, et chaque jour au lit de malades chez lesquels ce traitement est convenablement appliqué, son auteur peut, avec

une satisfaction qui lui tient lieu de tout le reste, se dire : *Et pourtant elle guérit.*

Je vous fais grâce, messieurs, de plus longs développements sur une question que je me serais scrupuleusement gardé de soulever, si je n'y eusse été *contraint et forcé* par la nature même et l'objet essentiel du travail dont j'avais à vous rendre compte. A Dieu ne plaise, messieurs, d'avoir eu la pensée de provoquer dans cette enceinte une discussion plus ou moins orageuse!

Non; je suis devenu aujourd'hui aussi pacifique, aussi soumis, que je pouvais être jadis belliqueux et récalcitrant. D'ailleurs, messieurs, je me propose désormais de ne pas affronter souvent cette tribune, de me renfermer le plus possible dans un silence prudent. Je saisis donc cette occasion, qui sera peut-être la dernière où j'y aurai parlé d'une *pratique* née sous une si malheureuse étoile, de remercier l'Académie, je ne dis pas de ses sympathies, j'en eusse été trop fier, mais du moins des libertés dont elle a daigné me donner les preuves les plus constantes, même dans les cas où je n'aurais pas dû trop y compter. Oui, c'est avec bonheur que je renoncerai désormais à soulever ici des discussions dans lesquelles se trouveraient engagées des doctrines trop personnelles. Ce bonheur serait à son comble, si, en promettant ainsi d'être plus sage à l'avenir, l'Académie voulait bien, et ce serait là pour moi la plus douce de toutes les récompenses, m'accorder une indulgence plénière pour tous les péchés dont j'ai pu me rendre coupable envers elle. Et pour obtenir aujourd'hui même quelque droit à la faveur que je sollicite, je termine brusquement ici ce rapport. Ce sera peut-être le premier exemple d'une *péroraison ex abrupto*, méthode réservée jusqu'ici pour les exordes, mais qui ne pouvait être inventée plus à propos, pour l'Académie et pour moi, que dans l'occasion actuelle.

Je reviens donc, sans transition aucune, à M. le docteur Le Calvé et à son travail.

J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de déposer, avec bienveillance, ce travail dans ses archives et d'adresser à l'auteur une lettre de remercîment.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 2e série, t. II, n. 5 et 6.

La Revue médicale française et étrangère. Juin.

Journal de pharmacie et de chimie. Juin.

La Revue thérapeutique du Midi. 15 juin.

Le Progrès, n. 24.

Bulletin des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Mai.

Rapport sur les vaccinations pratiquées dans le département de l'Aude pendant l'année 1858.

Revue thérapeutique médico-chirurgicale. 15 juin.

La Revue thérapeutique du Midi. 15 juin.

Notice rédigée d'après le nobiliaire de Belgique sur la très ancienne noble maison de Kerckhove, dite van der Varent, 2e édition.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 24.

Gazette médicale de Paris, n. 25.

Clinique européenne, journal international de médecine, n. 25.

L'Abeille médicale, n. 25.

La France médicale et pharmaceutique, n. 25.

Gazette des hôpitaux, n. 70 à 72.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 71 à 73.

L'Union médicale, n. 71 à 73.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, tome XLVIII, n. 24.

SÉANCE DU 28 JUIN 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de la guerre fait tenir à l'Académie, pour sa bibliothèque, un exemplaire du tome XXIIe de la 2e série du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Somme, en 1858. — Deux rapports de M. le docteur MIALET, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Gourdon (Lot) en 1858. (*Commission des épidémies.*)

II. La recette et l'échantillon d'une eau contre les blessures, les fractures, etc. — La recette et l'échantillon d'un spécifique proposé pour la guérison des plaies et des blessures. — La recette d'un bonbon pectoral. — Une lettre de rappel de rapport au sujet d'un prétendu remède contre les scrofules et les hémorrhoïdes (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Les rapports de MM. ALLARD et PEYRONNEL, sur le service médical des eaux de Saint-Honoré (Nièvre) et de la Bourboule (Puy-de-Dôme), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

IV. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements de l'Ain, de l'Hérault, d'Indre-et-Loire et de l'Aveyron pendant l'année 1858. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Edouard Robin adresse à l'Académie une réclamation de priorité au sujet d'un mémoire dans lequel M. Bouchut considère l'albuminurie et l'insensibilité comme indices d'un état asphyxique. Les pièces justificatives sont jointes à cette réclamation. (Le memoire de M. Bouchut n'ayant pas été présenté à l'Académie, aucune suite ne peut être donnée à cette réclamation.)

II. M. le docteur Chevance adresse à l'Académie quelques renseignements au sujet de deux mémoires sur la vaccinequ'il aenvoyés précédemment. (Renvoi à la *Commission de vaccine.*)

—

RAPPORTS.

Treatise on chronic rheumatismal Arthritis, or rheumatic Gout, par Robert Adams, ex-président du collége des Chirurgiens d'Irlande, chirurgien de l'hôpital Richmond, à Dublin. (*Rapport verbal* par M. Malgaigne.)

L'affection qui fait le sujet de ce traité n'a guère été étudiée que depuis le commencement de ce siècle. Haygarth de Bath paraît être le premier qui l'ait nettement séparée de la goutte et du rhumatisme chronique ; il la designa sous le nom de *nodosité des jointures.* Après lui, l'auteur cite Brodie, Key, B. Bell en Angleterre; Lobstein et M. Cruveilhier, en France. M. Cruveilhier, considérant surtout l'un de ses phénomènes a atomiques les plus frappants, l'avait appelée *usure des cartilages articulaires.* Enfin il y a plus de vingt ans que M. Rob. Adams, d'après sa nature présumée, a proposé la dénomination d'*arthrite rhumatismale chronique ;* et ce nom a été adopté par plusieurs de ses collègues de Dublin qui en ont fait l'objet de leurs observations, MM R. W Smith, Coles, Wilmot, et par M. Canton (de Londres) M. R. Adams s'en est lui-même occupé depuis plus de vingt-cinq ans : et c'est le résultat de ses études persévérantes qu'il a consigné dans cet ouvrage.

Le livre est divisé en deux parties : la première considère l'affection sous un point de vue général, et traite en autant de chapitres particuliers de son histoire, des causes et des symptômes, du diagnostic et du pronostic, des caractères anatomiques, et du traitement. La seconde partie la poursuit dans presque toutes les articulations, la hanche, l'épaule, le coude, le genou, le poignet et les articulations de la main, le cou-de-pied et les articulations du pied, les articulations temporo-maxillaire, sterno-claviculaire et acromio-claviculaire, et enfin dans le rachis. L'ouvrage est terminé par diverses observations particulières, et illustré surtout par de nombreuses planches en bois et un atlas de onze planches lithographiées, dont quelques-unes coloriées.

C'est surtout dans cette seconde partie que les chirurgiens trouveront des notions essentielles et encore peu connues, qui ne sont pas d'un médiocre intérêt pour le diagnostic. On me permettra, par exemple, de rappeler l'histoire du célèbre comédien Matthews. A l'âge de quarante ans, il était tombé de voiture, et avait pu toutefois se relever et marcher, mais en boîtant. Les plus célèbres chirurgiens de Londres furent appelés, et n'osèrent décider s'il y avait ou non fracture du col du fémur ; dans l'incertitude, ils tinrent le malade couché sur un sopha pendant près de douze mois. Les signes semblaient cependant décisifs; membre raccourci, pied tourné en dehors, et plus tard amaigrissement de la cuisse. La mort arriva dix ans plus tard, en 1836 ; et à l'inspection anatomique, M. Snow Harris n'hésita pas à reconnaître une fracture intra-capsulaire consolidée, et présenta la pièce à l'association britannique de Dublin, comme preuve de la consolidation de cette fracture. M. Rob. Adams éleva cependant des doutes sur le fait, et finit par convaincre M. Harris lui-même qu'il ne s'agissait là que d'une déformation pathologique de l'articulation, qu'il avait décrite dès 1831 sous le nom de *Morbus coxæ senilis*. Dans le cas en question, on ne pouvait guère accuser la vieillesse ; M. Adams a vu depuis cette fatale affection sur d'autres sujets de trente à quarante ans, et l'a ralliée à son *Arthrite rhumatismale chronique*.

Une lésion analogue peut affecter l'épaule, et, arrivée à un certain degré, en imposer pour une luxation ou une fracture du col ou de la tête humérale. Mais un phénomène beaucoup plus étrange, et qui se rencontre communément dans l'arthrite rhumatismale de vieille date, c'est une solution de continuité de l'acromion, solution de continuité qui siége presque constamment dans la ligne de jonction de l'épiphyse acromiale au reste de l'os; M. Smith a vu cependant un cas où l'acromion tout entier était séparé de l'épine de l'omoplate. Quelquefois alors l'acromion ainsi détaché est hypertrophié; d'autres fois il est atrophié; mais jamais il n'y a de traces de dépôt osseux ou de cal commencé. On s'attend si peu à une telle complication, que M. Adams rapporte l'histoire d'un *excellent anatomiste*, qui disséqua une épaule affectée d'arthrite rhumastismale sans apercevoir la solution de continuité, qu'un examen ultérieur démontra cependant complète.

Ainsi, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, on pourrait méconnaître cette sorte de fracture; et lorsqu'on l'a reconnue, on pourrait se méprendre sur son origine. Dans mon traité des fractures, j'avais mentionné une pièce anatomique conservée au musée Dupuytren, et offrant l'exemple assez curieux d'une fracture de l'acromion non consolidée, avec une telle hypertrophie du fragment externe qu'il avait acquis une épaisseur presque double de l'autre. Lorsque M. Adams vint me voir, à son récent voyage à Paris, la conversation ayant tourné sur ce point, il parut convaincu que cette fracture tenait à une affection rhumatismale, et me fit voir dans son propre atlas des fractures analogues. Après un nouvel examen, je suis resté convaincu à mon tour qu'il était dans l'erreur; en effet l'omoplate de notre musée ne présente aucune trace d'une pareille lésion pathologique, et l'on aperçoit au contraire un petit commencement d'un travail de consolidation interrompu sur le fragment interne.

Comment expliquer cependant ces fractures rhumatismales? « J'ai si souvent rencontré cette lésion, dit M. Adams, en disséquant des épaules affectées d'arthrite rhumatismale, que j'ai plusieurs fois exprimé ma conviction *qu'elle devait*

être attribuée uniquement à la maladie; » et comme preuve irréfutable, il cite un cas rencontré par le professeur Smith, où, les deux épaules étant également atteintes, les deux acromions étaient également séparés. Pour moi, ce fait, qui n'est déjà plus isolé, ne me semble prouver ni plus ni moins que les cas de division limitée à un seul acromion ; la maladie raréfie le tissu osseux et le rend plus fragile; dès lors un simple mouvement dans le lit opère la fracture, et, comme nous venons de le dire, peut l'opérer en divers points. Cette fracture n'existe pas chez tous les malades, et il paraît assez naturel que, quand un sujet s'est ainsi fracturé l'acromion d'un côté, la douleur l'oblige à se coucher de l'autre côté et expose ainsi l'autre acromion. Il y a donc fracture réelle, opérée comme toutes les fractures, soit par une cause extérieure, soit peut-être aussi, pour ne rien omettre, par l'action musculaire du deltoïde; et l'altération du tissu osseux qui a préparé la fracture, expliquerait en même temps l'absence de tout travail de réparation.

Il y a toutefois ici un problème bien important à résoudre pour le pronostic ; tout s les fractures coïncidant avec une pareille lésion pathologique sont-elles nécessairement rebelles à la consolidation ? M. Adams n'a pas suffisamment agité cette question. J'ai figuré dans mon atlas, une fracture extracapsulaire du col fémoral parfaitement consolidée, bien que la tête de l'os offrît des marques irrécusables de déformation par le *morbus coxæ senilis;* malheureusement l'absence de renseignements laisse en doute si la fracture est antérieure ou postérieure à la lésion pathologique. Ce point appelle donc de nouvelles recherches.

Je ne suivrai pas M. Adams dans ses recherches sur les autres articulations; presque partout l'arthrite rhumatismale chronique, en déformant, en hypertrophiant les extrémités articulaires, peut simuler des luxations qui n'existent pas, et même produire des déplacements très réels, qui atteignent rarement toutefois le degré de luxation complète. J'ai pris soin de signaler cette cause d'erreur de diagnostic dans mon *Traité des luxations*, et de rapporter pour chaque jointure

les faits qui m'étaient connus : il va sans dire que l'ouvrage de M. Adams fournira de plus amples matériaux à ceux qui voudront s'occuper de cette matière. Il importe de remarquer cependant que, par une sorte d'emportement bien difficile à éviter, il abonde parfois un peu trop dans ses idées, et rattache à son affection favorite certains déplacements articulaires auxquels elle paraît absolument étrangère. Je citerai en exemple quelques luxations pathologiques de l'articulation radio carpienne, survenues lentement, sans altération des os, sans hypertrophie d'aucune sorte. Dupuytren avait rencontré de ces cas; j'ai eu occasion d'en observer plusieurs, et ils n'offrent aucun des phénomènes de ce que M. Adams appelle l'arthrite rhumatismale chronique.

Ceci nous ramène à la question générale de la nature de la maladie, question qui, si elle était résolue, résoudrait du même coup celle du traitement. Il n'est pas rare de la rencontrer sur un grand nombre d'articulations à la fois, comme si elle était produite par une diathèse; plus souvent peut-être elle est bornée à une seule articulation. Tantôt elle succède à d'anciennes attaques de rhumatisme articulaire; tantôt elle survient sans cause connue; quelquefois la cause déterminante est essentiellement traumatique, comme dans le cas de Mathews. M. Adams a donné une fort belle planche qui fait voir les os, les cartilages, les synoviales teintes en rouge. C'est là ce qui lui a fait adopter l'inflammation pour cause, et de là sa dénomination d'*arthrite rhumatismale chronique*. Déjà M. Cruveilhier avait cru y voir *une inflammation chronique de la synoviale*, et avant M. Cruveilhier, Brodie avait émis exactement la même opinion. Toutefois les contradicteurs n'ont pas manqué. Colles déclarait qu'il n'y reconnaissait ni les caractères, ni les conséquences d'une véritable action inflammatoire. Robert Todd remplacerait volontiers l'inflammation par l'irritation. « L'affection rhumatismale des jointures, dit-il, peut être très correctement décrite comme une nutrition anormale, occasionnée par la présence d'une matière particulière dans le fluide nutritif, offrant sans aucun doute certains points de ressemblance avec l'inflammation chronique, mais aussi des

différences très marquées ;» et il propose de l'appeler *rhumatisme chronique des articulations.*

Pour moi, j'estime que, s'il se présente dans cette affection des phénomènes d'inflammation, ce sont des accidents comme on peut en rencontrer dans certaines périodes du cancer, des tubercules, des lésions syphilitiques. Il y a là avant tout des altérations de nutrition qui portent peut-être encore plus sur le tissu osseux que sur les autres tissus articulaires; et sur les os, ces altérations se rapprochent singulièrement de celles du rachitis. Le mot d'irritation, bien que plus vague que celui d'inflammation, n'est guère moins périlleux, en ce qu'il amène aussi presque forcément avec lui des conséquences thérapeutiques. Voyez ce que disent les partisans de l'inflammation: ils recommandent les bains chauds, les sangsues répétées, le repos, les purgatifs; d'autres, combattant l'élément rhumatismal, y ont joint le calomel, le colchique, l'iodure de potassium; puis sont venues les eaux minérales, prescrites à peu près selon le caprice de chaque praticien. Qu'y a-t-il de fondé dans ces diverses médications? Faisons en le triste aveu: rien pour combattre la maladie elle-même, pour arrêter ses progrès, bien moins encore pour la faire rétrograder ; et il n'y a d'indications réelles que celles qui se tirent des épiphénomènes, douleurs rhumatismales ou parfois douleurs inflammatoires. M. Adams s'est bien trouvé des sangsues, des ventouses, etc., et il les recommande; qu'il ait ainsi réussi à soulager quelquefois ses malades, je l'accorde ; qu'il en ait guéri un seul, lui-même n'ose pas l'affirmer. En résumé, la nature de la maladie est encore pour nous à l'état d'hypothèse ; et à défaut de la théorie, l'empirisme n'a rien trouvé jusqu'ici pour le traitement.

L'ouvrage de M. Adams est une monographie des plus remarquables et des plus complètes, bien qu'il n'ait pas eu connaissance de quelques thèses excellentes publiées sur le même sujet à la Faculté de Paris. Il est juste en outre de lui tenir compte des sacrifices qu'il a faits pour cette publication, qui ne saurait compter un bien grand nombre de lecteurs parmi les simples praticiens. Je pense que l'Académie ferait un acte de justice en décidant que l'ouvrage sera déposé très

honorablement dans la bibliothèque et l'auteur inscrit sur la liste prochaine des candidats aux places de correspondants étrangers.

—

LECTURES.

Note sur la fréquence et la diversité des maladies de la peau à la Martinique, par M. le docteur Rufz.

J'ai pensé que quelques renseignements sur les maladies de la peau à la Martinique ne seraient point sans curiosité pour l'Académie.

C'est une opinion, je crois, assez généralement répandue que les maladies de la peau sont plus fréquentes, plus graves et plus diverses sous le ciel de la zone torride, que dans les climats plus tempérés. Les suggestions physiologiques sont favorables à cette manière de penser. L'analogie physiologique suggère que ce vaste et complexe organe de la peau, exposé par sa face externe à une température qui n'est jamais moindre de 20 degrés centigrades et qui, en plein soleil, s'élève souvent à 45 degrés, congestionné à sa face interne par une incessante et abondante transpiration, doive, en raison même de cet excès et de cette continuité d'action, être plus souvent malade. D'une autre part, l'observation dans ces pays portant sur des peaux d'une coloration différente, blanche, noire et jaune suivant les races blanche, nègre ou mulâtre, il semble qu'il en doive résulter dans les maladies de la peau de ces diverses races des aspects ou même des formes particulières aussi diverses, aussi variées que dans les végétaux de ces contrées. Il en serait ainsi peut-être, si la pathologie était toujours une conséquence de la physiologie. Mais si ces deux genres de connaissances doivent marcher parallèlement, c'est souvent à la façon des parallèles sans se joindre. C'est pourquoi chacune de ces sciences veut être étudiée distinctement et *expérimentalement*. Je ne sais donc, si je surprendrai quelques-uns d'entre vous en venant annoncer ici que, sous l'équateur, à la Martinique, les affections cutanées m'ont semblé moins fréquentes et moins diverses qu'à Paris.

Pour la fréquence, je dois faire une réserve : après avoir étudié la médecine à Paris, ou dans les villes dont les hôpitaux sont les dépôts morbides de grandes populations, lorsque nous retournons dans nos petites localités, l'esprit encore rempli des impressions reçues dans ces grands hôpitaux, nous sommes portés à juger que certaines affections sont plus fréquentes à Paris que dans nos petites villes. Les termes de comparaison ne sont certainement pas égaux, il faudrait sans cesse faire appel à une règle de proportion entre le nombre des malades et le chiffre des populations, ce qui n'est pas possible. C'est pourquoi j'ai eu recours à un autre mode d'approximation. Je me suis borné à un rapport entre le nombre des malades qui, dans une année, s'offraient à moi et le nombre des affections cutanées qui se trouvaient parmi eux. Ce rapport est facile, pour chacun, à établir dans son ressort médical. Ainsi, j'ai trouvé que sur 1,200 individus, bon an mal an, qui s'offraient à moi pour une première fois, 30 ou 40 au plus avaient des maladies de la peau.

Mais pour la diversité, c'est autre chose : ce ne serait plus erreur, mais mensonge ou ignorance, si je venais dire que je n'ai pas vu, à la Martinique, des maladies qui pourtant y existeraient assez communément pour qu'un observateur ordinaire ait pu les voir.

Je diviserai les affections cutanées à la Martinique :

1° En celles que je n'ai jamais vues, durant une période de vingt ans ;

2° En celles que je n'ai vues que rarement ;

3° En celles qui se sont présentées plus fréquemment ;

4° En celles qui m'ont paru particulières à la Martinique, et, sans doute, aux pays placés dans les mêmes conditions.

J'ai suivi, pour ces divisions, la classification de Willan, parce qu'elle me paraît aujourd'hui la plus généralement adoptée, et parce qu'elle se prête à des rapprochements purement graphiques; j'ai préféré me servir de l'énonciation nominale des espèces, *favus*, *gale*, *eczéma*, plutôt que de celle par groupes : *vésicules*, *papules*, *squames*, etc., parce que le rapprochement par généralisation supposerait une étude

plus approfondie et exposerait à plus de confusion; car, dans cette revue, que je vais avoir l'honneur de faire passer sous vos yeux, je me bornerai à de simples affirmations, vous priant de m'accorder quelque confiance pour le diagnostic. Cette assemblée ne peut être un lieu où l'on se puisse livrer à de longues descriptions anatomiques ou symptomatiques, dont la lecture est toujours si difficile à suivre et ne peut être contrôlée. Ce serait, assurément, une chose fort à souhaiter en médecine, que l'on ne pût avancer des faits qu'en les accompagnant de preuves qui ne permissent pas de mettre leur réalité en doute. Mais cette méthode expose à des longueurs fatigantes et interminables. Notre science ne peut être la seule d'où l'*autorité* doive être bannie. Les esprits sévères qui pensent ainsi sont la meilleure réfutation de leur précepte : car jamais autorité n'est plus souvent citée ni plus respectée que la leur.

I. *Affections cutanées que je n'ai point vues à la Martinique.* — Ce sont le favus, la lepra vulgaris, les psoriasis, la pellagre, et j'ajouterai, par occasion, la suette miliaire, quoique la suette ne soit pas ordinairement placée dans le cadre des affections de la peau.

Ces formes si particulières du favus, de la lepra vulgaris, des psoriasis guttata, diffusa, gyrata, auraient certainement frappé mon attention, si elles s'étaient offertes à moi ; mais je n'ai point trouvé l'occasion d'en noter un seul cas, quoique ma curiosité ait été de jour en jour plus éveillée sur leur rareté, à mesure que mon séjour dans l'île se prolongeait.

Le manque de ces affections dans une île éloignée, isolée, dont les communications avec le reste du monde sont restreintes, m'a paru devoir être notée comme pouvant ouvrir une conjecture sur leur étiologie. Ces affections sont de celles dont la régularité et la constance de la forme font venir l'idée d'un travail approchant celui de quelque animalcule, comme la ruche indique le travail de l'abeille. Ne serait-il pas possible que, si elles manquent dans notre île, c'est que les germes végétaux ou animaux, sporules ou animalcules, qui leur donnent naissance, n'ont pas été encore transportés dans notre

petite île de la Martinique, à cause de la rareté de ses communications avec le reste du monde. En Europe il n'y a pas beaucoup de personnes atteintes de favus, de psoriasis ou de lepra vulgaris. Les personnes qui sont dans ce cas ne sont pas de celles qui voyagent; il n'est donc pas étonnant qu'il n'en soit pas allé beaucoup aux îles et que, par conséquent, ces maladies n'y aient pas été importées. Ces considérations me semblent concorder avec les nouvelles données que fournit le microscope, sur le grand rôle que joue le parasitisme végétal ou animal dans l'evolution des maladies de la peau. Ce ne sont pas des preuves, mais des parties de preuves qui peuvent mettre sur la voie de la vérité ; elles n'acquièrent toute leur valeur que lorsque la vérité est découverte, mais en attendant elles peuvent servir de jalons aux recherches : car il y a certainement une raison pourquoi certaines affections existent dans un pays, tandis que d'autres n'y existent point.

L'absence de la pellagre, à la Martinique, est remarquable en ce que cette affection est attribuée à la chaleur, et que l'érythème, qui en est le symptôme caractéristique, se montre surtout sur les parties exposées au soleil. Or, les noirs travaillent en plein air, le corps presque nu, pendant cinq ou six heures, alors que le soleil est le plus ardent à 45 degrés, et je n'en ai jamais vu aucun atteint de la pellagre.

Quant à la suette miliaire, à part ses symptômes généraux, il semblerait qu'elle dût être une maladie naturelle dans un pays où naturellement la transpiration cutanée, sans état morbide, donne quelquefois une déperdition de vingt livres de sueurs en seize heures. Je me suis assuré de ce fait en pesant, pendant quelque temps, chaque fois que je changeais de linge, les chemises et gilets de flanelle dont je me servais. Souvent ces linges, après m'en être servi, pesaient, mouillés, en somme au bout de la journée, vingt livres de plus qu'auparavant, lorsque je les avait pris secs. On sait d'ailleurs que dans ces pays, aux moindres mouvements, le corps se fond en eau, au point que tous les vêtements en sont transpercés, d'où la nécessité de porter la flanelle plus urgente que dans les climats tempérés, afin d'éviter le refroidissement causé par le contact des

linges mouillés. En Europe, suivant Sanctorius, la déperdition transpiratoire n'est que de sept à huit livres par jour. D'une autre part, aux époques des grandes chaleurs, de mai en octobre, la peau de toute personne bien portante se couvre d'une éruption vésiculeuse particulière et aussi régulière que celle des fleurs et des fruits sur les arbres, aux saisons déterminées. Cette éruption, désignée sous le nom de bourbouilles, ou boutons chauds, se compose d'une infinité de petites vésicules miliaires très rapprochées sur un fond rouge vif, érythémateux, accompagnées de démangeaisons semblables à celles que produiraient de petites épingles, si on venait à en être piqué. La durée de cette éruption est de plusieurs semaines, elle peut récidiver deux ou trois fois, sur une même personne, dans la même saison. Lorsqu'elle disparaît, l'épiderme soulevé qui formait les visicules, se détache en petites écailles blanches, la peau qui les supporte est rugueuse et épaissie. Cette éruption est plus vive sur les Européens que sur les habitants du pays ; lorsqu'elle vient à manquer, on regarde cela comme de mauvais pronostic pour la santé.

Ainsi, d'une part, nous avons les sueurs abondantes ; d'une autre part, nous avons l'éruption miliaire, et cependant nous n'avons pas la maladie appelée *suette miliaire*.

Notons encore, comme une singularité notable, que dans un pays où la transpiration est si facile, les *sudaminas*, dans les maladies où cette petite éruption est observée en Europe, la phthisie, par exemple, et les fièvres graves, loin d'être plus fréquentes, m'ont semblé plus rares, quoique je les cherchasse ; je les ai rarement notées, dans la phthisie, la fièvre jaune et les autres fièvres graves du pays, qui n'ont d'ailleurs rien de commun avec la fièvre typhoïde d'Europe ; d'où l'on voit en pathologie combien il faut être réservé de déductions fondées *a priori* sur l'état physiologique.

J'ajouterai enfin que je n'ai jamais eu occasion d'observer ces successions d'éruptions se remplaçant l'une l'autre, comme on en voit ici à certaines époques : la rougeole, remplacée par la scarlatine, ou la variole succédant à celles-ci, à tel point, chez les enfants surtout, qu'une éruption semble en

appeler une autre. Je n'ai, dis-je, jamais observé aux colonies rien de semblable.

II. *Affection vues rarement.* — Ce sont : la gale, la mentagre, l'icthyose, l'acné, les herpès, les lichens, le pemphigus et la rupia.

Quoique les noirs ne soient pas d'une grande propreté, qu'ils ne changent guère de vêtements et se baignent rarement, on peut dire que chez eux la gale n'est pas commune. Médecin d'un hôpital, je n'ai pas vu souvent la gale sporadique. Elle existe pourtant et de loin en loin il s'en présentait quelque cas. Dans les années 1846 et 1847 il régna une épidémie qui fit le tour de l'île, quartier par quartier et pour ainsi dire habitation par habitation, elle pénétra dans les familles les plus aisées dont souvent tous les membres en furent atteints. On ne put douter qu'elle ne fût contagieuse, mais cette épidémie fut jugée très diversement par les médecins du pays; le plus grand nombre la considérèrent comme une épidémie de gale, d'autres n'y voulurent voir que des prurigos, dont la nature, suivant quelques auteurs, est aussi contagieuse. Il est certain que l'éruption n'était pas toujours vésiculeuse, ni toujours visible aux lieux d'élection de la gale; faute de microscope ou de loupe, on ne constata jamais la présence de l'*acarus scabiei*. Souvent l'éruption se compliquait de pustules d'ecthyma, d'autres fois elle ne consistait qu'en demangeaisons insupportables, qui entraînaient des égratignures, mais jamais je n'ai vu ces égratignures déterminer l'aspect ponctué rouge du prurigo. On resta donc indécis sur la nature de cette affection cutanée. Elle fut appelée par le peuple *la jolie* et après deux ans on n'en entendit plus parler Quelques auteurs enseignent que la gale ne règne jamais épidemiquement.

La rareté de la *mentagre*, chez le noir, est en rapport avec le peu de développement de son système pileux. Les nègres généralement ont peu de barbe et il n'y en a pas beaucoup qui soient obligés de se raser, les mulâtres sont dans le même

cas, je n'ai point vu de nègres ni de mulâtres velus comme on voit certains blancs.

Je n'ai rencontré qu'un seul cas d'*Ichthyose*, c'était chez un enfant blanc. La rareté de l'icthyose chez le noir est d'autant plus remarquable, que la plupart des nègres vont nus pieds et se livrent à certains travaux qui sont une cause continuelle d'irritation pour la peau des mains ; tel est l'épaillage de la canne à sucre : les feuilles de cette plante, qu'il faut détacher à une certaine époque de la culture, sont armées de petites aspérités pénétrantes qui irritent la peau. Il faut en conclure que la prédisposition joue un plus grand rôle dans la production de l'icthyose que les causes occasionnelles. En effet il est connu que cette affection est plus commune en France dans certaines localités que dans d'autres.

Les nègres sont au contraire très sujets à une affection de la plante du pied qu'ils désignent sous le nom de *Crabe*. Ce n'est autre chose qu'une altération de l'épiderme sous forme d'abord d'une callosité ou durillon assez épais qui siége sur les parties saillantes de la plante du pied, principalement au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. Le mal est dans l'épiderme hypertrophié, qui finit par se détacher par une ulcération du derme ou par un petit abcès sous-cutané; il reste en place un ulcère arrondi à bords épaissis et décollés, secrétant un pus fétide et reposant sur un fond durci. La guérison de cet ulcères est très difficile à obtenir. Il n'est pas rare de le voir pénétrer plus profondément, atteindre les os et entraîner la perte du pied. Les nègres disent alors que le crabe ronge et fait son trou, et ils considèrent comme les *pattes* de l'animal, les engorgements sous-jacents qui sont le premier degré du progrès du mal. C'est la maladie décrite dans ces derniers temps sous le nom de mal perforant du pied. Elle est extrêmement commune chez le nègre.

Dans cette liste des affections cutanées, je ne puis mentionner que six cas d'acnés dont quatre sur des blancs. De ces quatres derniers cas, deux avaient commencé en Europe. L'acné paraît être une des affections cutanées chez les habitants des pays chauds qui passent dans les pays froids, mais

ce n'est pas la seule. Depuis mon retour en France, j'ai été frappé du nombre de mes compatriotes, qui, dans les premiers temps de leur séjour ici, présentent des furoncles, des acnés, des eczémas et des érysipèles, si bien que je suis porté à croire que le froid est pour la peau plus stimulant que la chaleur. On conçoit que la peau habituée à cette abondante transpiration dont je vous ai parlé et ne pouvant plus s'en décharger, se trouve plus disposée aux congestions morbides, dont ses divers éléments peuvent être le siège.

Plusieurs dermatologistes ayant considéré l'acné comme une inflammation des follicules sébacés, il semble que cette affection devrait être plus commune chez les nègres, qui ont ces follicules plus développés, par suite de la sécrétion abondante dont leur peau est lubrifiée; au contraire, l'acné m'a paru assez rare chez le nègre, j'en dirai autant des petites tumeurs appelées *tannes* et qui sont quelquefois très multipliées chez certains blancs. Je n'en ai pas vu souvent chez les nègres.

Au contraire, chez les mulâtresses j'ai observé, dans la région dorsale principalement, une éruption de points acuminés durs et rouges qui me paraît ne pouvoir être rapporté qu'à l'*acne punctata*.

J'ai vu toutes les sortes d'herpès, mais en petit nombre. Peut-être ces affections ne se sont pas présentées plus souvent à moi, parce qu'elles ne sont que désagréables à la vue et que la population sur laquelle j'observai n'y attachait pas grande importance. Cette supposition est confirmée par le plus grand nombre d'*herpes prœputialis* qui me venaient consulter à cause de l'appréhension d'une origine syphilitique que cette espèce fait naître.

J'ai noté en vingt ans vingt-six zonas. En Europe, pendant certains étés cette forme d'herpès est si fréquente qu'elle a été considérée comme épidémique. Ces zonas offraient les mêmes phénomènes qu'ici. Je me suis très bien trouvé, contre les vives démangeaisons dont elles étaient quelquefois accompagnées, d'employer des compresses imbibées dans de fort talia.

L'herpès tonsurant, *ringworm* des Anglais *porrigo scutulata* de Biett, a été rarement vue par moi. En général les éruptions du cuir chevelu confondues autrefois sous le mot de *teignes* sont rares chez la race noire, même dans l'enfance; il en est de même de l'alopécie. On voit beaucoup plus de chauves chez les blancs que chez les noirs.

Le nom de *plique* est inconnu aux Iles.

De toutes les éruptions qui pourraient être rapportées au pemphigus ou au rupia, je n'ai vu que le pemphigus infantile de Hufeland : c'était sur de très jeunes enfants nègres. L'épiderme, particulièrement sur le scrotum, aux fesses et aux aines, était soulevé par un liquide séro-sanguinolent comme à la suite d'un vésicatoire ou d'une brûlure; en d'autres points il était flétri, desséché et collé sur les parties sous-jacentes, comme sur une chair rôtie. Tous les enfants qui présentaient cette altération étaient très faibles et sont morts.

III. *Affections cutanées que j'ai vues plus fréquemment.* — Ce sont les eczémas, les ecthymas, les exanthèmes, les pityriasis et les éphélides.

L'eczéma, dans ses diverses formes aiguës ou chroniques, simple ou compliquée (rubrum ou impetiginodes) est, sans contredit, l'affection cutanée la plus fréquente à la Martinique ; je l'ai vue souvent à tous les âges et sur toutes les peaux, noire, mulâtre ou blanche. Elle consiste, comme en Europe, en des éruptions vésiculeuses plus ou moins répétées, avec ou sans érythème, comme dans l'eczéma rubrum, et auxquelles succèdent des croûtes plus ou moins épaisses, offrant l'aspect de pustules, comme dans l'eczéma impétiginodes.

On l'observe plus particulièrement aussi dans certaines parties : au cuir chevelu, aux oreilles, aux mamelles, au scrotum, à la vulve, aux aisselles et à la partie interne et supérieure des cuisses, etc.

Quelquefois elle paraît générale, c'est-à-dire qu'elle envahit presque toute la surface du corps, jusqu'à la paume des mains et à la plante des pieds. Le noir, couvert de la couche

flavescente à laquelle donne lieu l'eczéma, est vraiment hideux à voir.

L'eczéma passe souvent à l'état chronique, est très rebelle au traitement et s'accompagne de démangeaisons fort insupportables.

Chez le noir, on le distingue difficilement du lichen agrius. Après les eczémas, les ecthymas sont les plus fréquentes des éruptions cutanées ; il en est surtout une espèce qui l'est beaucoup plus que les autres, c'est l'ecthyma des jambes, désigné sous le nom de *Feux sauvages*. Ce sont de larges pustules phlyzaciées qui commencent par une sorte de papule, ou bien de petits furoncles, ou quelquefois de petits points ecchymotiques, comme le purpura, se remplissant bientôt de pus, superficiellement placés sous l'épiderme, et formant des croûtes. Ces croûtes tombent, et sous elles se trouvent des ulcères arrondis, de la dimension d'un franc, souvent assez profonds, grisâtres, difficiles à guérir, qui finissent par se couvrir d'une cicatrice très fine, légèrement ridée, et sont entourés de macules noires, très visibles chez le blanc, et visibles aussi chez le noir par la nuance plus foncée de la peau.

Ces ecthymas se déclarent après des marches forcées, je les ai vus après la rougeole, et, quelquefois, ils étaient endémiques sur certaines habitations, et se montraient, à la suite des grandes pluies, chez les nègres des champs qui marchent nu-pieds dans la boue.

Une autre sorte d'ecthyma non moins fréquente est celle qui reconnaît pour cause la présence d'un petit insecte appelé, dans le pays, *bête rouge*. Ce petit insecte, de dimension microscopique, et qui, en effet, ne serait point visible à l'œil nu, si sa couleur n'était rutilante, existe à profusion dans le gazon des savanes, surtout aux époques de grandes sécheresses ; il n'est pas rare d'en voir le museau des mulets saupoudré comme d'une poussière rouge, semblable au pollen de certaines fleurs.

Or, certains individus, les enfants surtout, et certains enfants, ceux qui sont faibles et cachectiques, pour peu qu'ils

traversent les savanes, sont envahis par les bêtes rouges. Ces petits insectes déterminent d'abord des élevures papuleuses accompagnées d'un prurit considérable, qui ne tardent pas à se changer en pustules d'ecthyma.

Ces éruptions ont lieu sur tout le corps, particulièrement à la tête, derrière les oreilles, au scrotum et sur les jambes.

Elles ont lieu beaucoup plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes.

Pour s'en préserver, il faut avoir soin, tous les soirs, de laver les parties qui peuvent en être le siége avec une décoction des plantes détersives du pays, animée avec du tafia. Mais lorsqu'elles ont passé à l'état d'ecthyma, elles forment, dans le cuir chevelu, une espèce de teigne très rebelle à guérir, et qui oblige quelquefois les familles à quitter la campagne.

Parmi les autres affections cutanées que j'ai vues encore fréquemment, je dois ranger les colorations dites éphélides, et aux Colonies *lautas;* peu visibles sur la peau noire du nègre, elles ressortent extrêmement sur la teinte jaune de celle des mulâtresses. Ce sont des taches par plaques irrégulières, comme en Europe, sans saillie, sans sensibilité particulière, et qui se montrent surtout sur les parties exposées à l'air, de couleur café au lait, elles m'ont semblé remarquables, chez les mulâtresses, par leur fréquence et leur étendue.

Au contraire, les décolorations, dites vitiligo, sont remarquables chez le noir par le contraste qu'elles offrent avec les parties saines environnantes, ce sont des plaques d'un blanc mat, lisses, polies, qui donnent au nègre cet aspect singulier qui le fait désigner alors sous le nom de nègre *pie*. Lorsque ces altérations de la peau existent à la face, elles donnent à ceux qui les présentent un aspect repoussant; elles ne sont pas rares et ne s'observent que chez les nègres albinos. L'opinion du pays rattache cette difformité au grand préjugé des empoisonnements pratiqués par les nègres : on croit qu'elle survient surtout aux nègres empoisonneurs par suite du maniement des poisons.

Il m'a semblé que l'érysipèle de la face et l'érysipèle

comme complication, à la suite des plaies accidentelles ou des opérations pratiquées par l'art, étaient moins fréquents qu'en Europe.

L'érysipèle ambulant chez les enfants, affection toujours si grave, a été vu plusieurs fois par moi.

J'en dirai autant de l'érysipèle aux jambes chez les personnes âgées et qui en éprouvent de fréquentes récidives. C'est la forme de cette affection que j'ai eu le plus souvent occasion d'observer, surtout chez les vieilles femmes.

Mais l'érysipèle en général n'est pas plus grave à la Martinique qu'en France : je n'ai trouvé, ni dans ses symptômes, ni dans sa marche, aucune nuance qui lui fût particulière, elle complique rarement les plaies.

Excepté à la suite de la piqûre du serpent, je n'ai jamais rien trouvé qui ressemblât à ces érysipèles phlegmoneux avec destruction de la peau, du tissu cellulaire, etc., comme on en voit de trop fréquents exemples dans les salles de chirurgie de vos hôpitaux.

J'ai vu l'urticaire sous toutes les formes où je l'avais vue en France. Cette éruption accompagnait presque toujours les symptômes déterminés par l'usage de certains poissons. Le nombre de ces poissons est considérable, on peut dire que presque tous ceux qui se trouvent dans la mer des Antilles offrent cette modification toxique, dans des circonstances qu'il n'a pas encore été possible de déterminer.

L'urticaire a été observée aussi par moi à la suite de l'usage de certaines conserves de viandes, dites conserves d'Appert, qui entrent pour beaucoup dans l'alimentation de nos populations coloniales.

Une forme d'urticaire m'a paru surtout très remarquable : c'est celle qui, se portant sur la paupière supérieure, en produit un gonflement considérable et par suite l'occlusion momentanée de l'œil, ou bien sur les lèvres et surtout la lèvre supérieure qui se tuméfie aussi d'une manière véritablement difforme, ou bien même sur la langue, qui devient si épaisse que la parole en est gênée au point de faire croire à une attaque d'apoplexie ; mais ces accidents se dissipent en moins

de quelques heures, sauf à se reproduire à plusieurs reprises, mais sans occasionner aucun danger.

Je ferai sur les éruptions syphilitiques une communication particulière.

La rougeole, la scarlatine et la variole existent à la Martinique; j'y ai vu deux épidémies de rougeole, dont j'ai donné une longue description dans la *Gazette médicale* du mois d'août 1857.

La scarlatine existe aussi, quoique sur l'autorité de M. Rochoux, M. Noirot et d'autres auteurs qui l'ont répété, enseignent que la scarlatine est inconnue aux îles de l'Amérique. A mon arrivée à la Martinique, en 1835, il régnait dans la Colonie une épidémie de scarlatine fort grave et dont la mortalité avait été considérable. J'ai pu en observer la fin et constater que cette affection s'était produite avec le cortége de ses plus redoutables complications : angine et anasarque, et que son aspect et sa marche étaient identiques avec ce que j'avais vu à Paris. Depuis je n'ai point vu d'autres épidémies, et comme M. Rochoux n'avait fait qu'un séjour de cinq ans à la Guadeloupe, il n'est pas extraordinaire que durant cet intervalle il n'ait pas rencontré de scarlatines.

Mais plusieurs fois j'ai pu observer des éruptions qui, par leur aspect rouge, pointillé, ne pouvaient être rapportées qu'à la scarlatine : on les nomme, dans le pays, *fièvre rouge*, mais elles ne sont accompagnées d'aucune grave complication, la desquamation est peu abondante, et généralement elles n'existent que sous forme de petites épidémies. On en voit plusieurs en même temps ; mais jamais la maladie ne s'étend aussi généralement que les grandes épidémies de scarlatine.

J'ai assisté à deux épidémies de variole, chaque fois l'introduction de cette maladie put être constatée et suivie de proche en proche depuis le navire qui l'avait apportée. Je n'ai pu étudier ces épidémies avec assez de soin pour pouvoir dire si elles sont différentes en quelques points des épidémies de variole en Europe ; dans l'opinion publique elles passent pour moins graves; la diarrhée en est la complication la plus redoutable.

Les deux affections, si improprement réunies sous la même

dénomination d'éléphantiasis, sont, on peut le dire, assez communes à la Martinique, mais cependant beaucoup moins que dans quelques-unes des autres îles des Antilles. L'éléphantiasis, dite des Arabes, caractérisée par un développement des parties qui en sont le siége et qui existe surtout aux membres inférieurs, se voit plus fréquemment à la Martinique que l'éléphantiasis, dite des Grecs, dont le caractère consiste en des tubercules cutanés qui finissent par s'ulcérer et sont suivis d'une maladie générale extrêmement grave.

Mais l'une et l'autre de ces deux maladies sont plus fréquentes à la Barbade, à la Trinidad, à Saint-Vincent et à la Guadeloupe; à la Martinique même il est reconnu qu'elles sont plus particulières à certaines localités; que la ville de Fort-de-France, le Lamentin et les autres quartiers bas et marécageux du sud en fournissent un plus grand nombre que la ville Saint-Pierre et les lieux élevés du nord.

Cette circonstance de se développer sous un même climat, plus particulièrement dans certains lieux que dans d'autres, porterait à penser que ces affections tiennent plutôt à la localité qu'au climat. On est confirmé dans cette manière de penser pour l'éléphantiasis des Grecs, surtout en voyant que dans les latitudes extrêmes du nord, en Norvége, par exemple, où cette affection est décrite sous le nom de spedaskeld, elle est identique et au moins aussi fréquente que sous l'Équateur dans les contrées intertropicales.

Il en serait de ces éléphantiasis comme du goître ou du bouton d'Alep, particuliers à certaines contrées.

L'éléphantiasis des Arabes, à la Martinique, est beaucoup plus fréquente chez le nègre que chez le mulâtre, où on l'observe assez souvent encore, je ne l'ai jamais vu sur un blanc : il est vrai qu'il faut tenir compte de la grande disproportion qui a lieu dans la population de ces trois races, les nègres étant pour 80,000, les mulâtres pour 30,000 et les blancs pour 6 ou 8,000 au plus.

L'éléphantiasis des Arabes n'est pas, à proprement parler, une maladie de la peau ; il est certain qu'elle commence par le tissu cellulaire sous-cutané et qu'au dernier degré de la maladie tous les tissus, le tissu musculaire et le tissu osseux.

sont altérés autant que le tissu cutané ; que si les altérations de ce dernier tissu frappent davantage l'attention, au point de servir de base à la classification de cette maladie, c'est qu'étant exposées à la vue il a été plus facile de les observer; mais c'est le tissu cellulaire qui est véritablement le siége et le point de départ de la maladie : ses lamelles épaissies, durcies, comme nacrées, sont plus visibles et plus résistantes, en quelques points elles semblent être cartilagineuses, dans les cellules que ces lamelles forment entre elles il y a un fluide lactescent, assez épais, gélatiniforme.

Ce n'est qu'à la longue et par suite de la distension que le derme s'épaissit, et, comme toutes les membranes distendues, offre une hypertrophie de tous ses éléments, hypertrophie très bien décrite déjà par beaucoup d'anatomo-pathologistes.

Chose singulière, bien que j'aie vu un grand nombre d'éléphantiasis de la jambe, je n'ai rencontré aucun cas d'éléphantiasis du scrotum, je suis donc disposé à croire que cette forme de la maladie est assez rare à la Martinique.

Cependant l'hydrocèle ordinaire est très fréquente dans les lieux qui m'ont paru plus fréquemment favorable au développement de l'éléphantiasis des Arabes. Dans la ville de Fort de-France, dont une partie notable des habitants ont les grosses jambes, c'est-à-dire un premier degré d'éléphantiasis, les hydrocèles sont si fréquentes qu'on peut dire que plus de la moitié des habitants en sont atteints.

J'ai vu deux cas d'hypertrophies des mamelles qui étaient de véritables éléphantiasis; ces parties étaient si développées, que la femme qui les portait pouvait les renverser derrière ses épaules comme des sacs. Dans un cas, je pratiquai l'opération : j'enlevai le sein, les altérations anatomiques étaient exactement les mêmes que celles trouvées dans les jambes éléphantiasiques, un tissu cellulaire lamellé, hypertrophié et infiltré ; mais cette infiltration s'étant accumulée principalement dans la partie la plus déclive, celle-ci était ramassée en globe, tandis que la peau de la base, tiraillée, formait au sein une sorte de pédicule.

J'ai vu sur les fesses un développement de tissu cellulaire

qui pouvait passer aussi pour une variété de l'éléphantiasis des Arabes dans cette région, cette difformité était assez gênante pour que la malade se décidât à en souffrir l'ablation.

J'ai vu encore cette même affection avoir pour siéges le mont de Vénus, les grandes lèvres, le clitoris, sans empêcher le coït, ni l'accouchement. Ces parties, pendant la grossesse, offraient un aspect monstrueux.

L'éléphantiasis des Arabes est, aux Iles, une cause d'amputation comparable pour sa fréquence aux tumeurs blanches en Europe. Bien que j'aie pratiqué un grand nombre d'amputations de jambe pour cette cause, je puis affirmer que je n'ai jamais vu la maladie se reproduire, soit dans quelques autres parties, soit même au moignon du membre amputé, bien qu'il me soit arrivé de conserver quelquefois des portions de peau qui ne me semblaient pas tout à fait saines.

Hillary, qui a observé l'éléphantiasis des Arabes à la Barbade, où cette maladie est encore plus commune qu'à la Martinique, a donné de ses débuts une description soignée. Selon lui, cette maladie serait une fièvre érysipélateuse qui se reproduit par récidives, chaque accès de fièvre déposant dans le tissu cellulaire sous-cutané un dépôt de matière morbifique, d'où résulterait l'intumescence de la jambe; mais il la considère comme étant du genre des fièvres intermittentes, quoiqu'elle soit, dit-il, très inconstante dans ses intermissions et irrégulière dans la période de son retour; il va même jusqu'à lui opposer le quinquina et prétend avoir empêché par là les récidives des érysipèles et empêcher la formation de l'éléphantiasis.

J'ai rarement eu occasion de suivre très exactement la formation des éléphantiasis des Arabes, à cause du long temps que cette maladie met à acquérir son développement. Je sais que, comme les fièvres intermittentes, elle s'observe plus particulièrement dans les lieux bas et humides, mais je suis loin de considérer ces deux maladies comme étant de même nature. Si l'éléphantiasis existe dans certains lieux où existent des fièvres intermittentes, il y en a une foule d'autres où les fièvres intermittentes se voient sans éléphantiasis, il faut

donc quelque chose de particulier pour produire cette dernière maladie.

On confond souvent aux Iles, avec l'éléphantiasis des Arabes, les gonflements ou hypertrophies qui accompagnent les vieux ulcères ; on sait que sous ces ulcères les os mêmes présentent un développement extraordinaire, mais ce sont de faux éléphantiasis que l'on peut reconnaître par l'état de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui n'offrent le même aspect que dans le véritable éléphantiasis des Arabes.

Quant à l'éléphantiasis des Grecs, cette affection est beaucoup moins commune à la Martinique que dans plusieurs autres îles des Antilles, mais elle y présente tous les caractères qui font de cette maladie une des plus horribles dont l'humanité est affligée. J'en ai vu des cas qui ont duré douze et quinze ans et ne sont arrivés à la mort qu'après avoir souffert la surdité, la cécité, l'abolition du tact, de l'odorat, la chute des doigts, de la main et du pied, celle des cheveux, ce qui produisait le spectacle le plus lamentable qu'on puisse voir.

IV. *Affections particulières à la Martinique.* — Voici une affection de la peau qui me paraît particulière à la race noire et que je crois encore non décrite ; ce qui pourrait être un effet de mon ignorance, car cette affection est très commune chez les nègres. Au premier coup-d'œil elle peut être confondue avec l'éléphantiasis des Arabes, et a pu passer pour être une de ses variétés, c'est pourquoi elle a été confondue dans les descriptions générales qui ont été données de cette dernière maladie. Mais j'espère montrer les différences qui doivent l'en faire distinguer.

Cette affection consiste en des saillies ou excroissances de la peau de dimensions variables, de 1 à 7 ou 8 centimètres, en longueur ou en largeur, mais aplaties étalées sur leurs bords, de manière à former à leur base qui en est toujours la partie principale un véritable collet. Les bords ne dépassent et ne flottent que de 1 à 2 centimètres. Ces tumeurs ou élevures de la peau, forment comme des reliefs plaqués sur la peau, sans

pé licules véritables, elles sont dures tout à fait indolores, à peu près de la même sensibilité et de la même coloration ou quelquefois d'une teinte un peu plus foncée que les parties voisines de la peau qui leur sert de support; quelquefois partagées par des scissures profondes qui les divisent en plusieurs circonvolutions ou tumeurs séparées. Elles sont pendant longtemps recouvertes par l'épiderme qui est sur elles plus lisse, plus luisant, ce qui provient de l'amincissement de cet épiderme. Mais à la longue, surtout lorsque ces saillies atteignent un certain développement, cet épiderme s'excorie et la surface sous-jacente devient le siége d'un suintement particulier. Ces excoriations se cicatrisent et il peut se former sur elles un nouvel épiderme très mince.

Jusqu'à présent ces caractères extérieurs que je viens d'énumérer, ne sont pas trop distincts de ceux des parties qui deviennent éléphantiasiques, voici en quoi elles en diffèrent :

Lorsqu'on vient à fendre ces tumeurs dans leur épaisseur, on voit que le siége du mal est dans le tissu même du derme, dans sa trame fibreuse et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est une véritable hypertrophie du derme devenu épais de plus de 3 à 4 centimètres, offrant l'aspect du derme sain, comme grossi par la loupe. Sa coloration, sa texture fibreuse, ses aréoles sont plus distinctes. Ce tissu est très dur et se laisse couper difficilement par le scalpel. Le corps muqueux et le réseau de Malpighi dans ces tumeurs sont bien plutôt amincies, atropiées, qu'augmentées d'épaisseur.

Le tissu sous-cutanné est plus serré, il ne contient aucun liquide. Les autres tissus sous-jacents, aponévrotiques ou musculaires n'offrent aucune altération.

Quoique j'ai eu de ces tumeurs sous les yeux pendant quinze ou vingt ans, je les ai vues augmenter de volume; mais, excepté le suintement dont j'ai parlé et dont leur surface devient le siége, je ne les ai jamais vues se ramollir ni présenter quelque autre dégénérescence. Ce ne sont pour moi ni des éléphantiasis, ni des cancers de la peau, encore moins des lipomes. Elles présentent cependant un caractère qui leur est commun avec ces maladies, c'est leur tendance à se reproduire. J'ai

enlevé de ces tumeurs fréquemment, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques, et je les ai vues presque toujours répulluler avec une ténacité désespérante. J'ai toujours regretté de n'avoir pu observer au microscope leur texture.

Ces tumeurs peuvent exister dans tous les points de la surface cutanée. On les voit surtout aux lobules des oreilles, d'où elles pendent comme les bijoux appelés pendants d'oreilles, mais elles peuvent exister derrière l'oreille, à la face, au cou, sur le tronc, sur les membres.

Je vous fais passer deux spécimens de ces tumeurs dont l'une, s'est développée derrière l'oreille et l'autre autour du cou, dont elle embrassait le contour, comme ce qu'on appelle le collier de la barbe.

Leur siége de prédilection pour le lobule de l'oreille vient de ce que cette partie est plus souvent exposée à l'action de la cause déterminante qui produit ces tumeurs. Cette cause est toujours une lésion traumatique de la peau, plaie ou contusion.

Ainsi, aux oreilles, elles se développent, soit par suite de la perforation de lobule pour y placer des anneaux, soit par la compression exercée par ces anneaux dont le volume et le poids, recherchés par les négresses, dépassent tout ce que vous pouvez voir en Europe.

J'ai vu ces saillies après l'application des ventouses scarifiées par la lancette, elles représentaient les scarifications en ronde bosse. A la suite d'un coup porté sur la face par un pot de pommade, la saillie en cercle représentait exactement le contour du pot.

Enfin, du temps de l'esclavage, lorsque le fouet était appliqué aux noirs comme punition, la peau des fesses présentait souvent de ces élevures qui offraient l'image des bouffantes des costumes du temps de la Renaissance.

Comme ces saillies n'existent pas chez tous les noirs, outre la cause déterminante qui se décrit ainsi sur la partie, je crois qu'il faut une prédisposition personnelle chez certains individus qui favorise le développement de cette affection.

Ce doit être quelque chose de semblable à cette prédispo-

sition qui rend si sensible le tatouage en saillie chez certaines races nègres. On m'a fait l'observation que ces saillies aplaties devaient être des *kéloïdes*. Je reconnais qu'elles ont avec ce genre d'affection de la peau de grandes ressemblances.

Ces saillies sont très fréquentes chez les noirs, j'en ai vu quelques exemples chez les mulâtres, mais jamais je n'ai vu rien de semblable chez le blanc.

Elles peuvent acquérir un volume assez considérable pour faire désirer à ceux qui les portent d'en être délivrés, surtout lorsqu'elles se sont développées dans des parties visibles où elles forment de véritables difformités. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion de les enlever très souvent aux oreilles de nègresses. Le nègre qui les portait au cou et dont je vous ai fait passer l'image, se soumit aussi à l'opération. Mais toujours, je le répète, ces saillies se reproduisaient, ce que je m'explique, en considérant que chez les personnes qui offrent la prédisposition favorable à leur développement, l'opération agit comme le coup déterminant qui les a produites et devient une cause de répullulation. Ces tumeurs seraient de véritables *noli me tangere*. Heureusement je ne les ai jamais vues entraîner du danger pour la vie.

Je ne dis rien de la médication des maladies de la peau à la Martiniqne. C'est exactement la même qu'à Paris. Dans les cas opiniâtres, après un moyen on en emploie un autre. Malheureusement là, comme ici, les irritants ont souvent la préférence. La farine de manioc m'a paru remplacer avec avantage les cataplasmes de farine de graines de lin ou de pulpe de pomme de terre. Les gens du pays n'ont aucun remède particulier.

Affection du système pileux. — Une nègresse de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, m'a présenté sur le dos des avant-bras une singulière altération des poils; le bulbe qui les supporte était saillant, comme dans l'horripilation, dur et noir; le poil était blanc, long de 1 centimètre et coupé près de son origine, il ressortait sur la peau noire; celle-ci paraissait saine, sans décoloration d'aucune sorte. Cette altération était bornée aux avant-bras, partout ailleurs l'extérieur du

corps offrait son aspect normal (je vous en fait passer le dessin) La négresse n'offrait aucun trait de ce que l'on désigne sous le nom d'albinos. J'ai revu une autre fois cette altération sur la cuisse d'un nègre.

Une autre altération de l'épiderme du noir qui me paraît devoir être notée, c'est le dessèchement de cet épiderme à la suite des maladies chroniques surtout; il suffit alors de promener l'ongle sur la surface d'une partie quelconque de la peau, pour y tracer des raies blanchâtres par le détachement de l'épiderme, sous forme d'une poussière ou furfure très abondant. On pourrait presque écrire sur la peau du nègre qui se trouve dans cet état. Ceci disparaît avec le retour de la santé.

Lupus dessiccans. — Voici maintenant un jeune mulâtre, âgé de six ans, d'une bonne constitution, présentant à la face, depuis le sinciput jusqu'à la bouche, une bande de forme circulaire qui occupe la partie interne droite du front, l'arcade surcilière, le grand angle de l'œil de ce côté, la racine du nez, sa face latérale droite, son aile droite et la partie voisine de la joue. Cette bande est large supérieurement d'un pouce environ, se resserre à mesure qu'elle descend ; la peau, dans toute cette étendue, offre une altération singulière, elle est amincie, affaissée au-dessous des parties saines voisines, demi-transparente, sèche, dure comme la peau du crâne, desséchée sur certains squelettes, adhérente aux parties sous-jacentes, insensible, d'une coloration plus foncée tirant au noir ; à la partie supérieure on distingue une légère exulcération avec croûte, l'aile du nez est rétractée, raccornie et comme détruite : on dirait la peau morte au niveau de cette altération, son aspect est celui d'une brûlure au troisième degré. (Voir le dessin.)

Je n'ai pas trouvé de meilleure dénomination à donner à cette affection que celle de *Lupus dessicans*, bien que pendant plus de quinze ans que cet individu est resté sous mon observation, ce mal soit resté stationnaire, sans faire aucun progrès, alors que l'enfant suivait sa croissance normale. Les parents de l'enfant attribuaient l'origine de cette maladie à un coup que l'enfant aurait reçu sur cette partie.

Tel est le tableau ou plutôt la table des maladies de la peau à la Martinique; j'ai osé présenter ce travail à l'Académie, tout imparfait qu'il est, comptant sur la bienveillance avec laquelle je la vois accueillir les moindres recherches, et dans la pensée qu'une sorte de flore *dermatologique* de chaque partie de la terre exciterait quelque chose de l'intérêt qu'excite la flore végétale. Ceci n'est évidemment qu'un essai qui en appelle d'autres; j'avoue que l'étude approfondie d'une seule affection pouvant permettre une comparaison plus exacte, plus certaine, et sur un plus grand nombre de points, avec cette même affection observée en d'autres lieux, serait préférable à ces revues superficielles, sujettes à beaucoup d'erreurs. Mais un pareil travail n'est pas toujours possible à la bonne volonté des observateurs. Et puis je sais que la science sait tirer partie de tout, même des observations incomplètes, et que, le plus souvent, c'est avec des observations incomplètes qu'elle est parvenue à élever le bel édifice qu'elle présente aujourd'hui.

—

Élection d'un membre correspondant national.

La commission académique avait présenté les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Reybard (de Lyon).
En seconde ligne : M. Bertherand (d'Alger).
En troisième ligne : M. Parise (de Lille).
En quatrième ligne : M. Bardinet (de Limoges).

Nombre des votants : 57. — Majorité absolue : 29.

Au premier tour de scrutin :

M. Reybard. . . .	obtient	14 voix.
M. Bertherand.		36
M. Parise.		4
M. Bardinet.		3

En conséquence M. Bertherand est nommé membre correspondant national de l'Académie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par M. le docteur E. Gintrac. Tomes IV et V.

Recherches expérimentales sur la nature des émanations marécageuses et sur les moyens d'empêcher leur formation et leur expansion dans l'air, par M le docteur Léon Gigot.

De l'amputation tibio-tarsienne, et parallèle de cette opération, de l'amputation sus-malléolaire et de l'amputation de la jambe au lieu d'élection, par M le professeur Michaux (de Louvain).

Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, 10e livraison, tome V.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 17.

Journal des vétérinaires du Midi. Mai.

Recherches sur les dangers que présentent le vert de Schweinfurt, le vert arsenical, l'arsénite de cuivre, par M. le professeur A. Chevallier.

De l'état actuel de nos connaissances sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement des scrofules, par M. le docteur O. Henry fils.

Études des races humaines; méthode naturelle d'ethnologie, par M. Michel-Hyacinthe Deschamps. 2e livraison.

Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires 2e série, XXIIe volume.

La psychologie morbide dans ses rapports avec la physiologie de l'histoire, ou de l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel, par M. le docteur Moreau (de Tours).

Journal de médecine de Bordeaux. Juin.

Le Progrès, n. 23.

La Clinique européenne, n. 26.

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, n. 3.

La France médicale et pharmaceutique, n. 26.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 23.

L'Abeille médicale, n. 26

L'Union médicale, n. 74 à 76.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 74 à 76.

Gazette des hôpitaux, n. 73 à 75.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 23.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics accuse réception du rapport général sur le service médical des eaux minérales de la France pendant l'année 1856.

Le même ministre transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur MOUTARD-MARTIN sur les propriétés du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes. (*Commissaires :* MM. Grisolle et Bouchardat.)

II. Une demande du sieur Larbaud, tendant à faire analyser l'eau d'un puits foré dans sa propriété à Vichy, et à obtenir l'autorisation d'exploiter cette eau pour l'usage médical. — Les échantillons de l'eau de deux sources sulfureuses situées dans la commune de Saint-Maurice, canton des Grisons (Suisse), on demande de l'analyser dans le laboratoire de l'Académie, et, par suite, d'être autorisé, s'il y a lieu, à l'importer en France. (*Commission des eaux minérales.*)

III. La recette et l'échantillon d'une composition dite anti-alopécique. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1858 dans les départements de l'Aisne, de l'Ardèche et de Lot-et-Garonne. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Faure soumet à l'Académie une note intitulée : *Sur l'inhalation du chloroforme par une seule narine.* (*Commissaires :* MM. Velpeau et Malgaigne.)

II. M. Robert Uvedal West adresse à l'Académie diverses notes sur l'administration du seigle ergoté dans 190 cas sur 750 accouchements pratiqués par lui. (*Commissaires :* MM. P. Dubois, Depaul et Danyau.)

III. M. le docteur Labourdette dépose à l'Académie une série de pièces constatant, dit-il, l'exposé historique de sa méthode du passage des médicaments dans le lait, et la part qu'il convient d'assigner à M. Dumesnil dans l'expérimentation de cette méthode. (*Commission nommée :* M. Bouley, *rapporteur.*)

IV. M. Semiac, pharmacien à la Teste, soumet au jugement de l'Académie une eau, un sirop et une pâte balsamiques de pin vierge. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

V. M*** adresse à l'Académie une liste de souscription pour le monument funèbre qui doit être élevé sur la tombe de M. Gaimard, l'un de ses correspondants. (Cette liste est en permanence au secrétariat.)

—

A trois heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour l'audition d'un rapport de M. Guérard sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

— La séance publique est reprise à quatre heures un quart.

—

RAPPORTS.

De l'état mental dans la chorée, par M. Marcé. — (*Rapport* de MM. Ferrus, Baillarger et Blache, *rapporteur.*)

Messieurs, le mémoire de M. Marcé, sur lequel je suis chargé de vous faire un rapport, au nom de MM. Ferrus et Baillarger, a pour objet l'étude de l'*état mental dans la chorée*. Dans quelques pages qui servent d'introduction à son travail, l'auteur, définissant les névroses, fait voir de combien d'éléments divers se compose cette grande classe de maladies. Toutes les fonctions qui dépendent du système nerveux sont atteintes isolément ou simultanément, sans qu'il soit possible après la mort de trouver dans la structure des centres nerveux, une cause appréciable des désordres si variés observés pendant la vie. Cette absence de lésions anatomiques est jusqu'à présent un fait capital, qui doit nécessairement entrer dans la définition des névroses, si l'on veut établir une ligne de démarcation bien tranchée, entre ces maladies et les symptômes nerveux qui se rattachent comme effet secondaire à une altération matérielle plus ou moins profonde, plus ou moins étendue du cerveau et de la moelle épinière. Sur ce point tout le monde est d'accord, ceux même, et leur nombre devient de jour en jour plus considerable, qui espèrent que les recherches microscopiques dissiperont l'obscurité qui dérobe à nos regards la cause matérielle de ces maladies.

Ce n'est point là ce qui préoccupe M. Marcé, mais bien plutôt la division que les auteurs ont donnée des névroses. La plus naturelle est sans nul doute celle qui prend pour point de départ et pour base la division physiologique des fonctions du système nerveux. Dans certaines névroses, c'est l'élément moteur qui est atteint, dans d'autres l'élément sensitif, dans d'autres enfin l'élément intellectuel. Il est incontestable, en effet, que dans toute névrose un de ces éléments pathologiques domine et semble gouverner à lui seul la maladie. Mais ne serait-ce pas se montrer partisan trop exclusif des vieilles nosologies que d'accorder une importance exagérée à ces di-

vi ions? L'homme, dans la plénitu'e de la force et de la santé, se meut, sent et pense; et l'exercice de ces facultés s'accomplit si régulièrement, les forces qui les mettent en jeu, semblent dans une si parfaite indépendance, qu'on a peine à supposer que l'une d'elles étant abolie ou lésée, les deux autres en subiront le contre-coup. C'est cependant un fait que démontre l'étude attentive des névroses. Lorsqu'on cherche par une analyse rigoureuse, à se rendre compte des phénomènes complexes que présentent ces maladies, on ne tarde pas à se convaincre qu'une des grandes fonctions du système nerveux étant lésée, toutes ou presque toutes le sont; l'ébranlement d'une partie se communique à l'ensemble. La synergie qui unit entre eux les actes organiques est si étroite, le consensus si nécessaire, que toute perturbation partielle entraîne une perturbation générale. Une maladie nerveuse ne peut vivre isolée; elle projette tôt ou tard son ombre sur toutes les fonctions du système nerveux, et l'harmonie est détruite, non pas seulement parce qu'une des fonctions du système est lésée, mais parce que les autres le sont secondairement ou par sympathie.

L'irradiation morbide présente des degrés infinis, soit dans son étendue, soit dans son intensité. Autour de l'élément primordial, essentiel d'une névrose quelconque, gravitent une multitude de désordres secondaires, permanents ou fugaces, mobiles ou fixes, insaisissables, protéiformes, qui déroutent l'observateur, étonnent le philosophe et jettent souvent le praticien dans le découragement!

Quand on voit pulluler en quelque sorte dans certaines névroses, dans l'hystérie par exemple, toutes ces manifestations morbides qui indiquent une ataxie générale du système nerveux, on doit se demander si la cause première, la cause la plus prochaine de la maladie, frappe en même temps tous les éléments nerveux ou seulement l'un d'entre eux, et si le désordre d'un élément, seul atteint et primitivement lésé, suffit pour entraîner tous les autres dans le cercle de son évolution.

Aujourd'hui il semble prouvé, et la plupart des patholo-

gistes sont d'accord sur ce point, qu'un grand nombre de névroses se rattachent à des diathèses, à des états morbides généraux de l'organisme qui attaquent non-seulement les fonctions nerveuses, mais encore et surtout les fonctions de la vie nutritive. Ces désordres nerveux qui éclosent à chaque instant chez certains individus, sous l'influence des causes les plus légères, les plus incapables en apparence de jeter une pareille perturbation dans les fonctions de relation, ne sont que le reflet, le contre-coup d'une maladie plus générale, d'une maladie qui fait vivre d'une vie morbide toutes les molécules organiques, parce que sa cause première a atteint directement la force profonde et mystérieuse qui règle, coordonne, gouverne toutes les fonctions de l'économie.

Nul doute, messieurs, qu'en se plaçant à ce point de vue, on n'arrivât à établir la classification la plus philosophique des névroses. Ce serait en même temps la plus médicale, la plus féconde en indications thérapeutiques rationnelles. Cette idée de rattacher les névroses à des états généraux de l'organisme, formulée depuis longtemps par quelques maîtres de l'art, a porté ses fruits; elle a fait comprendre à tous les médecins la nécessité de fortifier l'organisme, de régulariser les fonctions nutritives, pour donner un substratum solide au système nerveux, raffermir son équilibre instable, atténuer sa susceptibilité exagérée.

Il ne me paraît pas inutile, messieurs, d'insister un peu sur toutes ces questions, non encore résolues et peut-être insolubles, qui se présentent à l'esprit quand il s'agit des névroses. Quiconque voudra jeter un coup d'œil philosophique sur la chorée, verra se dresser devant lui les problèmes les plus ardus de la pathologie générale. Certaines chorées reconnaissent pour cause la diathèse rhumatismale : en est-il de même de toutes les chorées? Quels sont les éléments nerveux primitivement ou secondairement lésés dans cette maladie? La chorée est-elle une névrose générale comme l'hystérie ou une névrose partielle? Se produit-il dans son cours des désordres de l'intelligence? Quelle est leur nature, leur gravité, leur pronostic? Se rapportent-ils à la chorée ou aux

maladies qui la compliquent, etc., etc.? C'est sur ces dernières questions que roule le travail de M. Marcé.

Si l'on veut sortir du vague, de l'incertain, du ténébreux, au lieu de disserter sur les causes, sur les effets, sur les manifestations si bizarres et si multiples de la chorée, il faut saisir corps à corps la nature, étudier les faits dans leurs plus petits détails, et n'en tirer les conséquences que peu à peu, et quand le permettent les règles d'une légitime induction. C'est là ce qu'a tenté M. Marcé, c'est la voie qu'il a suivie. Entrons dans l'analyse de son mémoire.

Selon lui, autour de l'élément convulsif qui forme le point essentiel de la chorée, viennent se grouper d'autres phénomènes nerveux : l'anesthésie superficielle et profonde, l'hyperesthésie, l'affaiblissement musculaire, divers troubles de la sensibilité générale et spéciale, et surtout un *état mental* qui offre des nuances infinies, depuis la disposition morale la moins accentuée, les troubles intellectuels les plus légers, jusqu'à la mélancolie et l'hébétude ; depuis l'hallucination isolée jusqu'au délire le plus complet. Ainsi la chorée se rapprocherait singulièrement de l'hystérie, névrose générale par excellence, dans laquelle toutes ou presque toutes les fonctions du système nerveux sont atteintes simultanément ou successivement. Pour éviter toute confusion, M. Marcé écarte de son sujet ces névroses épidémiques du moyen âge, décrites par Hecker comme appartenant à la chorée, et qui sont aujourd'hui rangés avec tant de raison dans la catégorie des vésanies. Mais il y fait rentrer les chorées anomales que Félix Plater, Tulpius, attribuent à tort à la folie ; car, dit-il, elles se distinguent toujours de la gesticulation des aliénés, en ce que les mouvements involontaires et convulsifs ne correspondent à aucune conception délirante.

Passant ensuite en revue les ouvrages des auteurs qui ont écrit sur la chorée, M. Marcé constate que Sydenham n'a observé aucun trouble cérébral chez ses malades ; que les désordres variés de l'intelligence et de la sensibilité morale signalés par Cullen, par les deux Frank, par Bouteille, par nous-même et par plusieurs pathologistes modernes, n'ayant été

l'objet d'une étude ni assez complète ni assez rigoureuse, ne sont plus en rapport avec l'état actuel de la pathologie mentale. De plus, l'auteur ayant découvert quelques faits nouveaux et non encore signalés, espère pouvoir combler une lacune qui existe depuis trop longtemps dans l'histoire de la chorée. Son travail est fondé sur cinquante-sept observations réunies tant chez des enfants que chez des adultes recueillies, soit dans les hôpitaux spécialement consacrés au traitement des maladies aiguës, soit enfin à Bicêtre ou à la Salpêtrière. L'auteur ne nous paraît pas avoir étudié lui-même la chorée dans les hôpitaux consacrés aux enfants malades. Des cinquante sept observations mentionnées plus haut, dix-huit seulement sont rapportées à la fin de son mémoire.

L'étude des phénomènes intellectuels et moraux qui se manifestent à titre de complication ou comme élément essentiel, soit dans les névroses, soit dans d'autres maladies, est pleine d'intérêt, mais aussi semée d'écueils qu'il est difficile d'éviter, si l'on ne tient pas compte d'une infinité de circonstances dont trop souvent l'appréciation rigoureuse nous échappe. Les opérations de l'entendement, les phénomènes de la sensibilité morale, de la conscience, les idées, les images, les sensations, varient dans de larges limites, non-seulement chez les divers individus, mais aussi chez le même sujet, d'un moment à l'autre, sous l'influence de causes morales ou physiques, matérielles ou insaisissables, n'ayant souvent aucun rapport visible avec leurs effets, ou en produisant de démesurément exagérés. Chez certaines personnes, le plus petit dérangement dans les fonctions physiologiques s'accompagne d'un trouble mental effrayant : une fièvre légère s'allume, et voici qu'immédiatement toute harmonie intellectuelle disparaît, et le malade délire. Mais c'est pendant le sommeil surtout que le cerveau devient le théâtre mobile des phénomènes les plus étranges : les rêves, qui dans l'état normal s'ébauchaient confusément, peuvent, chez les sujets nerveux, mais cependant très sains d'esprit, acquérir une netteté de contours, une précision de forme, une vérité de relief, une apparence si saisissante de réalité, que l'œil croit voir,

l'oreille entendre, la main toucher. Dira-t-on qu'il y a maladie mentale ou commencement de maladie mentale? Non. Ce sont là des phénomènes fugaces qui ne font point partie de la maladie, qui se développent seulement à son occasion, comme conséquence d'une excitation momentanée trop vive, réagissant sur un organe naturellement trop susceptible. Dans ces cas semblables qui se produisent assez souvent sous l'influence des causes morbides les plus légères, l'idiosyncrasie, ou le mode particulier suivant lequel fonctionnne tel ou tel organe, joue donc le plus grand rôle; et, loin que ce soit la maladie qui marque de son empreinte tous les actes anormaux, c'est le malade qui imprime une physionomie tellement spéciale à la maladie, que souvent on ne la reconnaît plus.

Si nous insistons sur de pareils faits, c'est qu'il nous paraît d'une importance capitale de les prendre en considération sérieuse quand il s'agit d'apprécier la valeur des désordres intellectuels et moraux. Si ces désordres étaient constants, et faisaient partie intégrante de la maladie, s'ils persistaient en modifiant plus ou moins profondément les idées et les sensations, nous pensons qu'il faudrait en tenir tout autant de compte que des phénomènes si nombreux et si variés qui se produisent, soit du côté de la sensibilité, soit du côté du mouvement. C'est ce qui a lieu dans l'hystérie. Mais dans la chorée légitime, dans la chorée vulgaire, dégagée de toute complication, les désordres psychiques, quand ils existent, sont si légers, si superficiels, si fugaces, qu'on les devra toujours reléguer au second plan. S'ils se présentent avec des caractères plus accusés, sous une forme plus bizarre et plus insolite, c'est que la chorée n'est plus simple; elle est compliquée d'hystérie, ou elle complique une hystérie, ou bien elle s'est développée chez un sujet si fortement prédisposé au trouble mental par son idiosyncrasie, que toute autre maladie nerveuse produirait sur lui des effets analogues. Depuis que nous sommes à la tête d'un service à l'hôpital des Enfants malades, nous avons traité un nombre incalculable de choréiques, et les réflexions que nous venons de vous présenter sont

le résumé de notre observation personnelle.

M. Marcé, qui s'occupe spécialement des maladies mentales, a bien classé, bien analysé, très minutieusement et très exactement décrit tous les phénomènes qui, dans la chorée, se rattachent aux désordres de l'entendement. Mais peut-être les a-t-il un peu trop grossis; en leur accordant une importance qui me semble exagérée, il a obéi, je crois, à la prédilection qui nous entraîne irrésistiblement vers les objets qui font habituellement le sujet de nos études.

M. Marcé termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Quatre éléments morbides, dit-il, quelquefois isolés, le plus souvent associés les uns aux autres, doivent être étudiés dans l'état mental des choréiques :

1° Des troubles de la sensibilité morale, consistant en un changement notable du caractère, lequel devient bizarre et irascible et offre une tendance irrésistible à la gaieté et surtout à la tristesse;

2° Des troubles de l'intelligence, caractérisés par la diminution de la mémoire, de la mobilité dans les idées et l'impossibilité de fixer l'attention.

Nous souscrivons pleinement et sans restriction à ces deux premières conclusions du travail de M. Marcé. Il y a longtemps que nous les avions formulées dans notre article du *Dictionnaire* sur la chorée. Presque tous les observateurs qui avaient écrit avant nous étaient arrivés à formuler à peu près en les mêmes termes, leurs observations sur le sujet qui nous occupe. L'auteur a le mérite d'avoir insisté sur ces faits plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, de les avoir décrits avec une grande lucidité, après les avoir classés méthodiquement, de manière à ce qu'on puisse rapporter à chaque faculté de l'intelligence les lésions qui lui sont propres.

Avant d'entrer dans l'analyse détaillée de ces lésions, M. Marcé a fait précéder cette première partie de son travail de réflexions sur un point qui l'a frappé : c'est l'immunité complète qu'offrent un grand nombre de choréiques sous le rapport des désordres cérébraux ; sur cinquante-sept choréi-

ques, M. Marcé en a trouvé vingt et un qui n'ont jamais offert la moindre perturbation dans leur état moral et intellectuel. Il s'étonne d'une proportion si considérable; elle serait bien plus grande encore, si l'auteur avait pris ses observations à l'hôpital des Enfants malades, au lieu de les recueillir à Bicêtre ou à la Salpêtrière. De pareils faits s'observent chez la grande majorité des choréiques. M. Marcé ne trouve ni dans l'âge et le sexe, ni dans l'intensité et l'étendue des mouvements choréiques, ni dans l'acuité ou la chronicité de la maladie, la cause probable de cette immunité. Il se croit obligé de la rattacher à une prédisposition, à une idiosyncrasie. Ces faits sont donc considérés par l'auteur comme exceptionnels. Heureusement il n'en est pas ainsi : on voit un assez grand nombre d'enfants parcourir toutes les périodes de la chorée, sans que leur intelligence soit le moins du monde atteinte. Et si, dans une proportion très considérable de chorées, les fonctions du mouvement et quelquefois de la sensibilité sont seules lésées, si les fonctions psychiques sont respectées, n'est-on pas en droit d'en conclure, comme nous le disions précédemment, que les désordres intellectuels et moraux, l'état mental, en un mot, qu'on observe alors, se rattachent moins à la chorée elle-même qu'à l'hystérie qui la complique ou à l'idiosyncrasie du sujet qui domine la maladie et en altère la physionomie. Mais, si nous sommes convaincu de la vérité des propositions que nous venons d'énoncer, nous croyons aussi très fermement que les chorées qui persistent pendant longtemps et qui surviennent à un âge où l'intelligence est dans toute l'activité de son développement, peuvent lui être très nuisibles, non pas en la frappant directement de paralysie ou de perversion, mais en imprimant une déviation anormale aux instruments qui sont indispensables au libre épanouissement de ses facultés. C'est pourquoi les chorées qui affectent en même temps que les muscles des membres et du tronc les muscles qui meuvent la langue et les cordes vocales, ceux qui meuvent les globes oculaires, sont, au point de vue spécial qui nous occupe, plus graves que les chorées limitées au système locomoteur. Les chorées qui durent longtemps,

celles qui affaiblissent, émoussent, pervertissent un ou plusieurs sens, sont plus graves au même titre que les précédentes. M Marcé cite deux observations succinctes de chorées chroniques : les deux malades qui en font le sujet présentaient un contraste frappant entre l'intensité des mouvements choréiques et la lucidité parfaite de l'intelligence. Est ce une raison suffisante pour dire avec l'auteur que l'on a tort de répéter chaque jour que la chorée amène nécessairement avec elle l'affaiblissement intellectuel ? Nous ne le croyons pas. Pour nous un degré plus ou moins prononcé d'hébétude et de faiblesse est la règle dans les chorées chroniques généralisées. Les chorées partielles ou très limitées peuvent persister, au contraire, indefiniment sans troubler l'intelligence; nous en avons vu plusieurs exemples.

Je passe maintenant, messieurs, à la seconde partie du travail de M. Marcé, à celle qui, selon lui, a le plus d'importance, car il y décrit un état mental qu'on n'avait pas observé jusqu'ici, ou du moins que les pathologistes avaient passé sous silence.

Laissons parler l'auteur et citons textuellement ses deux dernières conclusions :

Après les troubles de la sensibilité et les troubles de l'intelligence mentionnés précédemment, on observe :

3° Des hallucinations, phénomène qui, jusqu'ici, n'avait pas été signalé dans la chorée; ces hallucinations surviennent le soir, dans l'etat intermédiaire à la veille et au sommeil, plus rarement le matin au réveil, quelquefois pendant le rêve ; souvent limitées au sens de la vue, elles s'étendent, dans des cas plus rares, à la sensibilité générale et même au sens de l'ouïe ; on peut les rencontrer dans la chorée pure, dégagée de toute complication, mais leur existence est infiniment plus fréquente toutes les fois que la chorée est associée à des symptômes hystériques ; si, dans la grande majorité des cas, ces hallucinations constituent un symptôme sans gravité, elles peuvent, dans certains faits exceptionnels, amener de l'excitation et du délire ;

4° Enfin la chorée peut, dès son début ou pendant son

cours, se compliquer de délire maniaque. Il en résulte alors un état fort grave qui, dans plus de la moitié des cas, amène la mort au milieu de formidables accidents ataxiques, et même dans les cas heureux, laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable. Les inhalations de chloroforme, les bains prolongés, et, d'une manière générale, les antispasmodiques sont les moyens thérapeutiques qui, jusqu'ici, ont rendu les plus grands services dans le traitement de ce délire, que tout porte à faire considérer, au moins dans la grande majorité des cas connus, comme un délire purement nerveux.

C'est par ces deux conclusions que se termine le mémoire de M. Marcé ; elles méritent une sérieuse attention. Commençons par le chapitre qui a trait aux hallucinations.

Les observations qui en font la base sont au nombre de neuf. Je n'ai pas l'intention d'entrer dans une analyse détaillée à propos de chacune d'elles ; il me suffira de les envisager dans leur ensemble. Toutes ont été prises chez des femmes, dont la plus jeune a quatorze ans et demi, et la plus âgée vingt-trois ans. M. Marcé, qui rapporte avec de grands détails les récits plus ou moins fantastiques que lui ont faits ses malades, n'insiste pas assez, selon nous, sur un phénomène très important à cette époque de la vie des femmes, je veux parler de la menstruation ; je regrette qu'il ait été passé sous silence dans plusieurs observations. Cependant, quand il arriva à la douzième, l'auteur attribue, avec raison, les accidents comateux à une brusque suppression des règles et l'amélioration au rétablissement du flux cataménial. Toutes ces malades ont des rêves bizarres, des cauchemars, des hallucinations, enfin, un désordre intellectuel qui présente de grandes variétés dans sa forme, son caractère, son intensité.

Quatre circonstances concourent à produire cet état mental : les malades de M. Marcé sont des femmes, elles sont jeunes, hystériques et choréiques. Pour apprécier la valeur de la chorée, comme cause de ce désordre psychique, il nous semble rationnel de peser l'influence que peuvent avoir sur sa production le sexe, l'âge et l'hystérie. Or, Messieurs, n'est-

il pas incontestable que cette influence est énorme? Les femmes, presque toutes douées d'une remarquable susceptibilité nerveuse, d'une mobilité d'impression qui n'a pas de limites, sont plus aptes que l'homme à éprouver, sous l'action des excitants du système nerveux, toute la série des sensations anormales. C'est surtout à l'époque de la puberté, alors que l'établissement d'une fonction nouvelle, la menstruation, vient troubler toutes les fonctions de l'économie et plus particulièrement les fonctions nerveuses, que l'on observe cette instabilité du système intellectuel et moral de la femme. Si bien que, par ce fait seul qu'elle traverse cette phase orageuse de la vie, son esprit, réfléchissant les secousses que subit tout l'organisme, se trouve dans les conditions d'opportunité les plus favorables à l'invasion d'un désordre mental quelconque. Que sera-ce si, à des causes déjà si puissantes, s'ajoute une névrose aussi profondément perturbatrice de tout ordre moral que l'hystérie? Les phénomènes les plus extraordinaires, les plus imprévus, pourront se produire sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la chorée. Dans ces états morbides aux causes multiples, ne serait-il pas injuste de rendre la chorée responsable des accidents? Elle ne joue là qu'un rôle très secondaire, le rôle d'une cause occasionnelle. Celui que lui attribue M. Marcé nous paraît sortir un peu des limites d'une déduction rigoureuse. Du reste, l'auteur lui-même a fait ses restrictions, et nous l'approuvons quand il dit que l'association de la chorée à l'hystérie, prédisposé d'une manière toute spéciale aux hallucinations. Mais il se sert de l'expression *chorée hystérique;* il serait plus juste de dire *hystérie choréique*. Plus loin, il fait preuve d'un très bon esprit, quand il ajoute : Dans l'ordre des maladies nerveuses, l'étude des cas particuliers fait découvrir chaque jour les associations nouvelles d'éléments morbides, de formes mixtes qu'il est difficile de classer dans le cadre nosologique. Or, plus les manifestations de l'état nerveux sont nombreuses et complexes, plus elles tendent à le devenir, et l'on comprend sans peine qu'une malade qui présente à la fois des symptômes de chorée et d'hystérie, offre plus de prédisposition

aux hallucinations, qu'une autre qui n'est affectée que de l'une de ces névroses. Tout cela est parfaitement vrai, si l'on a soin, toutefois, de subordonner la chorée à l'hystérie, dans l'étiologie de ces accidents nerveux.

A l'appui des considérations qui précèdent, nous devons encore faire remarquer que les hallucinations observées par M. Marcé sont loin, comme il le dit lui-même, d'être identiques avec celles des aliénés. Elles n'ont lieu en effet, que dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil ; or ces hallucinations, sur lesquelles M. Baillarger a appelé autrefois l'attention dans un mémoire lu à l'Académie (1), n'ont le plus souvent rien d'inquiétant. Ce n'est guère que quand elles sont fortes et persistantes, qu'elles doivent éveiller l'attention et faire craindre, pour l'avenir, des désordres intellectuels fâcheux.

En général, elles n'ont aucune gravité et on les observe chez beaucoup de jeunes sujets dans l'état de santé. Elles précèdent alors de peu d'instants le sommeil. Il y a donc à distinguer dans ces hallucinations, celles qui se produisent très communément avec une faible intensité et celles au contraire qui, par leur vivacité et leur durée, indiquent une excitation cérébrale plus ou moins vive. Nous devons, messieurs, nous empresser d'ajouter que dans les observations recueillies par M. Marcé, les hallucinations de la vue, produites par le passage de la veille au sommeil, appartiennent à cette dernière catégorie, les jeunes malades en étaient vivement impressionnées, et l'une d'elles prenait même chaque soir la précaution de fermer très exactement les rideaux de son lit, espérant ainsi échapper aux visions qui l'obsédaient.

Dans la dernière partie de son travail, M. Marcé s'occupe de la chorée avec délire maniaque : je vous en ai cité plus haut les conclusions. Cette complication, fort peu étudiée, est très rare ; cependant elle mérite à tous égards d'attirer l'attention, car elle donne à la maladie un cachet spécial et une gravité exceptionnelle. — L'auteur n'insiste pas sur cer-

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine ;* Paris, 1846, t. XII, p. 478 et suiv.

tains faits dans lesquels le délire ne se développe que peu d'heures avant la mort ; c'est alors, dit-il, un symptôme terminal, bien différent de ce délire qui se manifeste dans le cours de la maladie, lui donne un aspect tout particulier, et en modifie singulièrement le pronostic.

Mais une question se présente : dans les quatre observations que M. Marcé a rapportées à la suite de cette partie de son travail, le délire se rattache-t-il uniquement à la chorée? Voici le point qui nous reste à examiner.

— La malade qui fait le sujet de la dix huitième observation, présentait depuis douze jours des signes non équivoques d'un état mental alarmant, incohérence dans les idées, hallucinations terribles, délire effrayant, lorsque nous fûmes appelé en consultation par notre collègue M. Baillarger, parce qu'on avait remarqué chez elle des mouvements irréguliers qui portaient à croire qu'il s'agissait d'une chorée. Nous ne reconnûmes pas l'existence de cette maladie.— Trois jours après la malade mourut. Dans l'intervalle qui s'était écoulé, depuis notre visite, jusqu'à la terminaison fatale, les mouvements prétendus choréiques étaient devenus d'une violence extraordinaire. Ils consistaient principalement en convulsions cloniques avec renversement de la tête en arrière. — L'autopsie n'a pas été faite. — Nous ne pouvons pas considérer ce cas comme une chorée proprement dite. C'est pour nous une manie aiguë, compliquée d'un desordre musculaire qui tient à la fois de la chorée, de l'hystérie et du tétanos.

— L'observation qui précède celle que je viens de résumer est beaucoup plus probante. La malade n'a pas pu être suivie jusqu'à la guérison complète; mais elle a été atteinte d'une véritable chorée, exempte de toute complication; les hallucinations et le délire maniaque qui se sont montrés dès le début, ont eu, comme la chorée, leur période ascendante, leur période d'état et leur période de déclin, de telle sorte qu'il est naturel de penser que tous les désordres nerveux dépendaient de la maladie dans le cours de laquelle ils se sont développés. — C'est le seul cas parmi les quatre observations de M. Marcé où il soit impossible de rattacher l'état mental à autre

chose qu'à la chorée. — Il est remarquable, en ce qu'il ne laisse planer aucun doute sur la véritable étiologie des désordres nerveux.

Il n'en est pas de même dans les deux observations qu'il nous reste à examiner :

Dans l'une d'elles, la quinzième, on trouve trois éléments morbides : chorée aiguë, rhumatisme articulaire aigu, troubles nerveux caractérisés surtout par des hallucinations et du délire. Le malade meurt, et on constate à l'autopsie les lésions matérielles d'une congestion célébrale ou d'une méningite. — Est-il rationnel d'attribuer cet état mental à la chorée? Nous ne le pensons pas. M. Marcé a fait du reste sur cette observation des réflexions très judicieuses : quand on pense, dit-il, aux connexions intimes qui unissent la chorée au rhumatisme ; quand, d'un autre côté, on songe aux accidents cérébraux qui viennent parfois compliquer le rhumatisme articulaire aigu, accidents dont MM. Vigla, Gubler, Bourdon, Mesnet ont décrit si complétement la marche et la physionomie spéciale, on se demande involontairement si, dans quelques-uns des faits que nous avons observés, le délire ne doit pas être considéré comme étant une des manifestations de la diathèse rhumatismale, manifestation dans laquelle les lésions anatomiques n'ont déjà plus qu'une importance secondaire au point de vue étiologique? C'est là un point de vue dont l'observation ultérieure peut seule démontrer la valeur.

La dernière observation offre beaucoup d'analogie avec la précédente. — L'enfant, qui est asthmatique, présente, en même temps que la chorée, un rhumatisme articulaire aigu et des désordres intellectuels. Les mêmes réflexions lui sont applicables.

Ainsi, messieurs, le délire maniaque se manifeste très rarement dans les chorées simples exemptes de complication. — Quelquefois il est le phénomène essentiel de la maladie, la chorée ne survenant que plus tard comme phénomène secondaire; d'autres fois, il se développe sous l'influence d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une méningite ou d'une conges-

tion cérébrale. Mais, quelle que soit sa cause immédiate, il entraîne presque toujours la mort des malades.

Ici, messieurs, se termine notre analyse. L'étendue de ce rapport, la scrupuleuse attention avec laquelle nous avons étudié toutes les parties du travail de M. Marcé, vous font voir l'intérêt qu'il nous inspire et l'importance que nous lui accordons. Quoique nous ne partagions pas complétement sa manière de voir sur tous les points qui y sont traités, nous devons lui donner de justes éloges et lui savoir bon gré des efforts qu'il a faits pour élucider les questions encore obscures qui se rattachent à l'histoire de la chorée.

En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie : 1° de renvoyer le mémoire de M. Marcé au comité de publication ;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur pour la communication pleine d'intérêt qu'il a faite à l'Académie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Estudios sobre el colera de los siglos pasados, par le docteur Don José Seco Baldor. Madrid, 1858.

Estudios clinicos sobre la accion que ejerce el chloroformo par la via gastrica en el tratamiento curativo de las fiebres intermitentes, par M. Aureliano Maestre de San Juan.

Hôpital Saint-Louis à Turin, par M. Gaultier de Claubry. (Extrait des *Annales d'hygiène publique*, 1859, t. XII.)

Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine. — Assemblée générale tenue à l'École de pharmacie le 27 mars 1859, présidence de M. Beguin.

Beitraege zur Histologie der Rippenknorpel im normalen und pathologischen Zustande, par le docteur Alex. Freund.

Der Zusammenhang gewisser Lungenkrankheiten mit primären Rippenknorpelanomalieen, par le même auteur.

Système général d'assainissement par la ventilation naturelle, par M. le docteur Petit.

Résumé des observations météorologiques faites à Nancy pendant l'année 1858, par M. J.-B. Simonin père.

Répertoire de pharmacie. Juin.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 13.

La Revue médicale française et étrangère. 30 juin.

La Revue thérapeutique du Midi. 30 juin.

Bulletin de la Société de médecine de Besançon. 1858.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 18.

Le Progrès, n. 26.

Mémoires des concours et des savants étrangers, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique. (4e fascicule du tome III.)

La France médicale, n. 27.

L'Abeille médicale, n. 27.

La Clinique européenne, n. 27.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 6.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 26.

Gazette médicale de Paris, n. 27.

L'Union médicale, n. 77 à 79.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 77 à 79.

Gazette des hôpitaux, n. 76 à 78.

Tables de mortalité de la ville de Londres, n. 21 à 24.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLVIII, n. 26.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

I. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, informe l'Académie que la médaille décernée à l'un des médecins du département de l'Oise, pour les vaccinations de 1856, a été retirée, par suite d'illégalités reconnues dans les états fournis par ce médecin.

M. le ministre demande en même temps l'avis de l'Académie sur l'emploi de la médaille non décernée. (Renvoi à la *Commission de vaccine.*)

II. Le même ministre transmet à l'Académie un rapport de M. le docteur LANDOUZY, sur une épidémie d'angine croupale qui a régné en 1858 dans la commune de Cormicy. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Aude et de la Marne, en 1858. (*Commission des épidémies.*)

III. Une lettre par laquelle le sieur JÉROME MICHEL prie la Compagnie de vouloir bien hâter le rapport qu'elle doit faire sur l'eau d'une source située à Cormoens. — Des échantillons d'une eau minérale située à Saint-Quentin, avec demande et pièces à l'appui d'analyse dans le laboratoire de l'Académie. — Les rapports de MM. les docteurs JARDON et CHÉLY, sur le service médical des bains de mer de Boulogne et de Calais, pendant l'année 1858. (*Commission des eaux minérales.*)

IV. Le rapport final de M. le docteur CHABANON, sur une épidémie de rougeole et de scarlatine qui a régné dans la commune de Vers. — Le rapport final de M. le docteur MARCADÉ, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Romorantin. (*Commission des épidémies.*)

V. La recette d'un prétendu spécifique de la rage. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

VI. Une lettre de rappel de rapport au sujet de divers remèdes présentés par le sieur GIRARD.

VII. Le même ministre invite l'Académie à lui renvoyer le dossier du sieur ROCHER, employé à l'abattoir civil d'Alger. (Il a été fait droit à cette demande.)

VIII. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1858 dans les départements de la Somme, de la Nièvre, du Cantal, de la Creuse, d'Ille-et-Vilaine, de Maine-et-Loire et de la Haute-Vienne. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur VERNOIS remercie l'Académie de l'intérêt qu'elle lui a témoigné à l'occasion de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène publique, etc.

II. M. le docteur A. BERTHERAND, médecin en chef du grand quartier général de l'armée d'Italie, adresse ses remercîments à l'Académie pour sa nomination comme membre correspondant national.

III. Une note, sous forme de lettre, intitulée : Des lésions intestinales dans le typhus épidémique, par M. le docteur LANDOUZY (de Reims).

« Monsieur le secrétaire perpétuel, la guerre pouvant donner lieu à l'invasion du typhus en Italie, l'Académie jugera peut-être opportun d'appeler l'attention des observateurs sur une étude plus spéciale des lésions anatomiques.

» Cette question n'est pas seulement l'une des plus intéres-

santes de la pyrétologie, mais aussi l'une des plus importantes de l'hygiène publique.

» En effet, bien que les faits recueillis dans ces derniers temps semblent établir dans le typhus l'absence d'altérations analogues à celles de la fièvre typhoïde, deux épidémies observées à Reims à vingt ans de distance, dans les meilleures conditions d'examen, ne permettent pas de regarder l'anatomie pathologique du typhus comme suffisamment approfondie.

» En 1840, sur six autopsies de prisonniers morts d'un typhus aussi nettement caractérisé que celui de Pringle, nous avons noté six fois des lésions presque semblables à celles de la fièvre typhoïde.

» En 1858, dans deux autopsies de jeunes filles mortes d'un typhus qui semblait copié sur celui de Crimée, nous avons fait la même constatation en présence des élèves et de plusieurs professeurs de l'École.

» Loin de moi de vouloir tirer de ces cas isolés aucune induction catégorique, surtout en faveur de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

» En présence des nombreux faits négatifs observés à Toulon en 1830, et en Orient en 1856, on est forcément conduit à la plus grande réserve ; mais comme les fait positifs rigoureusement observés ont une valeur absolue que ne peuvent détruire les faits négatifs, j'ai cru opportun de les signaler, afin qu'on pût déterminer si le génie épidémique, contagieux, infectieux, qui modifie souvent, selon mille causes encore inconnues, les principaux symptômes d'une même affection, n'en modifierait pas aussi, dans certaines circonstances, les lésions anatomiques.

» Lorsqu'il y a vingt ans je publiai la relation du typhus carcéral de Reims, en insistant sur les lésions intestinales que j'y avais constatées, quelques pathologistes mirent en doute, d'après ce fait même, la nature du mal, et le rapportèrent à la fièvre typhoïde renforcée et épidémique.

» Or, il était facile de répondre, d'un côté, par la différence des principaux symptômes, d'un autre côté par l'encombre-

ment comme cause directe, par la contagion comme effet immédiat, etc.

» Dans les deux dernières épidémies dont nous venons d'être témoins à Reims, l'affection, sans avoir été aussi grave, a été tout aussi tranchée.

» En effet, le typhus se déclare en décembre 1856 dans un couvent encombré de jeunes filles, dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, et en frappe 58 sur 83. De promptes mesures sont prises, le couvent est évacué, et l'épidémie cesse sans mortalité.

» Dix-huit mois après, dans le même couvent, également encombré, le typhus éclate de nouveau, et frappe 40 jeunes filles, dont 25 dans le quartier de l'établissement le plus insalubre, et 15 dans le quartier le moins malsain.

» Sur ce nombre, on put compter une vingtaine de cas légers, une dizaine de cas moyens, une dizaine de cas graves, dont deux morts.

» Dans cette dernière épidémie, il m'est arrivé plusieurs fois de faire lire au lit des malades les observations des médecins d'Orient, tant les deux typhus semblaient identiques : céphalalgie, stupeur, vertiges, constipation opiniâtre, absence de gargouillement, exanthème rubéolique, taches ecchymotiques dans le dos, amendement parfois subit et inespéré, en un mot, tout ce que les observateurs de Crimée ont donné comme caractéristique.

» Cette relation va être publiée par M. Noël, élève très distingué de Reims ; aussi mon intention n'est-elle pas d'en rendre compte. J'ai voulu seulement, par cette courte note, empêcher que l'on continuât à regarder comme une loi ce qui doit être seulement regardé comme une règle, et encore comme une règle soumise à d'assez nombreuses exceptions.

» Si, en effet, on laissait s'établir sans contrôle cette opinion, que l'absence de lésions intestinales est constante dans le typhus, il se pourrait qu'une affection typhoïde, obscure dans ses caractères, régnant à bord d'un vaisseau, dans un camp, dans un hôpital, et les premières autopsies ayant révélé des altérations intestinales, on exclût en raison seule de cette

dernière circonstance, l'idée du typhus, et qu'on négligeât ainsi de recourir aux grandes précautions hygiéniques qui peuvent arrêter l'épidémie dès son origine.

» Que si, au contraire, on se rappelle les deux épidémies de Reims, où se sont présentés pendant la vie les caractères pathognomoniques du typhus, et après la mort (dans les meilleures conditions possibles d'examen scientifique) des lésions semblables à celle de la fièvre typhoïde, on ne repoussera pas, sur la présence seule de ces lésions, l'idée du typhus; les médecins feront changer les campements, évacuer les hôpitaux, relâcher les navires, et prendront en un mot toutes les mesures radicales qui peuvent arrêter le fléau au moment même où il commence ses ravages. »

IV. Observation d'une tumeur très volumineuse, formée par une chute complète de la matrice et de la vessie, par M. le docteur PICARD, correspondant de l'Académie, à Louviers.

V. Mémoire sur une épidémie de variole, suivie de quelques observations pratiques tendant à prouver l importance de la vaccine, par M. DAVOT. (*Commission de vaccine.*)

VI. M. A. GILLET DE GRANDMONT, étudiant en médecine, présente à l'Académie un nouvel ophthalmoscope, qui, d'après ses indications, a été construit par M. Mathieu. (*Renvoi* à M. Poiseuille.)

VII. M. le docteur RAYNAUD, inspecteur général du service de santé de la marine, adresse quelques renseignements à l'Académie au sujet de la souscription ouverte au secrétariat de la Compagnie, pour élever un monument à feu M. Gaymard.

—

LECTURES.

I. M. le docteur BÉHIER donne lecture à l'Académie d'un mémoire sur l'*emploi des injections médicamenteuses sous-cutanées dans le traitement des névralgies et d'autres affections.* (*Commissaires :* MM. Bouchardat, Jolly et Trousseau.)

II. M. DE CASTELNAU lit la première partie d'un travail intitulé : *Remarques sur l'interdiction des aliénés.*

III. M. le docteur PITTA (de Madère) lit une note relative à une modification qu'il a apportée au stéthoscope ordinaire. (*Commissaires :* MM. Depaul et de Kergaradec.)

—

Élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

La liste des candidats présentés par la Commission était composée ainsi qu'il suit :

En 1re ligne.	MM. Tardieu.
En 2e ligne, *ex æquo*. .	Bouchut et Boudin.
En 3e ligne.	Becquerel.
En 4e ligne, *ex æquo*. .	Duchesne et Réveil.
Candidat de l'Académie.	Vernois.

Le nombre des votants est de 69 ; majorité absolue, 35. Au premier tour de scrutin les suffrages se répartissent de la manière suivante :

MM. Tardieu.	62 voix.
Boudin.	1
Becquerel.	1
Duchesne.	2
Réveil.	1
Vernois.	2

En conséquence, M. TARDIEU ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation du gouvernement.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. IV, n° 1.

Journal de chimie médicale. Juillet.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Juillet.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Juillet.

Montpellier médical. Juillet.

Étude médico-hygiénique sur l'influence qu'exercent les chemins de fer sur la santé publique, par M. le docteur de Piétra-Santa. (Extrait des *Annales d'hygiène publique*, 1859, t. XII.)

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 28.

Le Progrès, n. 27.

L'Abeille médicale, n. 28.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 27.

Gazette médicale de Paris, n. 28.

La France médicale et pharmaceutique, n. 28.

La Clinique européenne, n. 28.

Journal des Savants. Juin.

L'Union médicale, n. 80 à 82.

Gazette des hôpitaux, n. 79 à 81.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 80 à 82.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 1.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Quelques exemplaires d'une circulaire qui vient d'être adressée à MM. les préfets, pour leur faire connaître dans quels délais les états de vaccinations devront être envoyés au ministère.

II. La recette et l'échantillon d'un café dit de santé. — Des échantillons et la recette d'un remède auquel on attribue la propriété de guérir les hémorrhoïdes. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère en 1858. (*Commission des épidémies.*)

IV. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1858 dans le département du Gard. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Robert Uvedal West adresse à l'Académie une note supplémentaire de celles qu'il lui a déjà soumises, sur l'administration du seigle ergoté dans l'accouchement. (*Commission nommée*, M. Danyau, rapporteur.)

—

LECTURES.

I. M. le docteur Combes donne lecture d'une note sur un moyen qu'il emploie dans le traitement des maladies de matrice. (*Commissaires :* MM. Depaul et Huguier.)

II. M. Depaul, au nom de M. Becquerel, lit un mémoire intitulé : *Recherches sur les causes des phlegmasies chroniques de l'utérus, la nature de l'état morbide général qui les accompagne, et le traitement qui leur convient.* (*Commissaires :* MM. Depaul et Cazeaux.)

—

Discussion sur l'état mental dans la chorée.

M. Trousseau : L'excellent rapport dont M. Blache nous a donné lecture dans l'avant-dernière séance, est une de ces bonnes fortunes dont l'Académie de médecine peut s'applaudir à juste titre. Ce rapport, vous le savez, était relatif à un très remarquable travail de M. le docteur Marcé, intitulé : *De l'état mental dans la chorée.* Je m'empresse de proclamer, et je suis certain que je ne serai pas le seul de cet avis, le rare mérite du mémoire et du rapport. Cependant je viens adresser quelques petits reproches à M. Blache et à M. Marcé.

Je trouve que M. Blache n'a pas été assez ferme sur la dénomination de la maladie ; et j'ai bien lieu d'en être surpris, car M. Blache est très spécificiste (pardonnez-moi ce mot barbare) ; il croit surtout à la spécificité dans la danse de Saint-Guy. Pourquoi donc, au lieu de se servir de l'expression spécifique de *danse de Saint-Guy*, a-t-il employé le terme générique de *chorée?* Peut-être n'est-ce là, pour quelques personnes, qu'une peccadille, qu'un péché véniel ; à mes yeux, c'est un péché capital. Chorée est un mauvais mot, parce qu'il est générique ; danse de Saint-Guy est une expression parfaite, parce qu'elle est spécifique.

Ce que je dis là n'est pas sans importance. Vous ne sauriez croire, si vous n'y avez réfléchi quelquefois, à quels in-

convénients expose l'emploi des dénominations génériques en pathologie. Quelques exemples le feront bien comprendre.

Que je parle à M. Gibert ou à M. Devergie d'un malade atteint d'*herpès*, ces messieurs pourront-ils bien m'entendre avant que je leur aie désigné l'espèce d'herpès dont il s'agira dans ce cas particulier? Mais si je leur dis tout de suite que c'est un *zona*, toute autre explication devient superflue; on s'entend à merveille.

Vous parlez simplement de bronchite, vous laissez ceux qui vous écoutent dans le vague, dans l'incertitude. Mais si vous dites, au contraire, diphthérie des bronches, coqueluche, grippe, asthme, etc., vous serez compris sur-le-champ.

Je le répète, les mots génériques sont très mauvais, parce qu'ils s'appliquent à des idées trop générales; les mots spécifiques, tout au contraire, sont excellents, parce qu'ils rendent clairement les idées et donnent à la pensée une extraordinaire lucidité.

Pour en venir à la chorée, et pour faire, dans ce cas particulier, l'application de ce que je viens d'énoncer, de quelle espèce de chorée est-il question dans le travail de M. Marcé et dans le rapport de M. Blache? Est-ce de ces épidémies convulsives du moyen âge, sur la nature desquelles on a si longtemps discuté? Non. Est-ce de la chorée alcoolique, du *delirium tremens?* Pas davantage. Est-ce de cette chorée saltatoire, étrange, caractérisée par des mouvements merveilleusement ordonnés, dans laquelle le malade exécute tout à coup des bonds et des sauts inattendus avec une prestesse, une agilité et une régularité irréprochables? Non. Est-ce enfin de cette forme de chorée que MM. Bouillaud et Duchenne (de Boulogne) ont récemment décrite sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive?* Non.

De quelle espèce de chorée s'agit-il donc? De celle qu'on a décrite et désignée depuis bien des siècles sous le nom de danse de Saint-Guy. C'est une dénomination ridicule, peut-être, tout aussi ridicule que celle de coqueluche, je l'accorde; mais ne voyez-vous pas qu'elle a sur toutes les autres le pri-

vilége de représenter immédiatement à votre esprit la maladie dont nous voulons parler.

J'en dirai autant des mots *épilepsie*, *mal comitial*, par lesquels on désigne une maladie bien connue de tout le monde; ainsi que des dénominations de *clavelée* et de *javard* employées par les vétérinaires. Sans doute toutes ces dénominations paraissent ridicules; mais elles sont merveilleuses parce qu'elles conviennent *uni et toti rei*.

Je le confesse, mieux vaudraient assurément des termes scientifiques. Cela viendra, je l'espère, mais non point de notre vivant. En attendant, continuons à nous servir des vieux mots, qui sont les meilleurs. Nous ne saurions nous le dissimuler, nous autres médecins, nous ne sommes pas des savants, mais des *artistes*. Il est bien quelques affections brutalement chirurgicales, qui peuvent être regardées comme du domaine scientifique; mais tout le reste, c'est-à-dire la presque totalité de la médecine et de la chirurgie, n'est rien que de l'art, quelquefois aidé, il est vrai, par la science. Nous sommes comme étaient les chimistes antérieurs à Lavoisier : ils faisaient de la chimie en artistes. Plus tard, la chimie fut constituée en science; et pourtant on eut le bon esprit de ne pas rejeter les vieilles expressions de *kermès*, *turbith*, *éthiops*, *vitriol*, etc. On se sert encore de ces mots aujourd'hui, et tout le monde s'entend à merveille en les employant.

Je pourrais appliquer le même raisonnement à la botanique. La botanique, depuis les immortels travaux des Jussieu et des Linné, est devenue une science complète, et pourtant on n'a pas banni du langage scientifique des termes anciens et vulgaires des plantes usuelles. Sans doute notre collègue, M. Moquin-Tandon, pourrait imaginer un mot plus savant et plus conforme aux classifications modernes que le mot *chou;* mais il n'en trouverait jamais un sur la signification duquel on tombât plus d'accord que celui-là.

Il s'en faut encore bien que la médecine atteigne le niveau scientifique de la chimie et de la botanique; mais quand elle y sera parvenue, on aura raison d'imiter les chimistes et les botanistes, de ne pas dédaigner les vieux mots.

La moins absurde des nomenclatures, en médecine, est probablement celle qui l'est le plus.

J'arrive maintenant à M. Marcé.

M. Blache lui a très justement reproché d'avoir confondu la danse de Saint-Guy avec différentes formes de chorée, ou avec d'autres maladies convulsives ayant quelque ressemblance avec la chorée.

C'est que, en effet, la danse de Saint-Guy est une maladie bien différente de la plupart des formes de la chorée : c'est une maladie propre, une maladie distincte, une entité morbide, si vous le voulez, un tout pathologique, constitué tantôt par un seul ou quelques-uns, tantôt par la totalité de ses éléments. Je m'explique : l'épilepsie, autre névrose, est incontestablement une entité morbide. Eh bien, est-elle toujours constituée par le grand mal, les grandes attaques? Nullement; vous savez tous, messieurs, que le plus souvent le vertige forme toute la maladie : l'individu ne tombe pas à la renverse, il n'a point de ces grands mouvements convulsifs que tout le monde connaît, et pourtant il n'en est pas moins atteint d'une épilepsie véritable.

Un enfant est pris de mal de gorge, puis d'anasarque; ses urines deviennent sanglantes et albumineuses; il présente en même temps les signes d'une réaction assez violente; il n'a rien à la peau, pas de trace d'éruption; est-il douteux cependant, pour un observateur attentif, que cet enfant soit atteint de scarlatine?

Vous le voyez, messieurs, par ces exemples que je pourrais multiplier encore, une maladie, pour ne se manifester que par quelques-uns de ses éléments, n'en est pas moins une maladie véritable, une entité morbide réelle.

Eh bien, très souvent la danse de Saint-Guy ne se montre que sous quelques-unes de ses faces et seulement avec certains de ses éléments. Il faut bien se garder alors de la méconnaître et de la confondre avec quelque affection voisine. Ainsi, un certain nombre de malades ne présentent qu'un peu d'hébétude, un peu d'amnésie et de faiblesse dans les membres, précédées généralement de quelques douleurs arti-

culaires ou des signes de l'endocardite rhumatismale; bien qu'ils n'aient pas ces mouvements désordonnés, convulsifs, qu'on est accoutumé à observer chez les choréiques, ils n'en sont pas moins atteints de danse de Saint-Guy.

Dans d'autres circonstances, ce n'est pas le mal *fruste*, s'il m'est permis de le dire; c'est au contraire la danse de Saint-Guy, compliquée d'une autre maladie convulsive, et en particulier de l'hystérie ou de l'épilepsie. Dans les cas de ce genre, les deux maladies convulsives concomitantes marchent pour ainsi dire de front, indépendantes l'une de l'autre, sans se gêner mutuellement. Il est bien important alors de distinguer ce qui appartient à la danse de Saint-Guy et ce qui appartient à l'affection nerveuse simultanée. Mais, je le répète, il faudrait se bien garder de croire qu'on a affaire à une maladie nouvelle, mélange de chorée et d'hystérie ou d'épilepsie: c'est la danse de Saint-Guy, compliquée d'une autre névrose de mouvement, tout simplement.

J'arrive à l'état mental. Si le grand Sydenham avait très peu observé et peu signalé les troubles intellectuels dans la danse de Saint-Guy, déjà Bouteille les avait parfaitement indiqués depuis longtemps, et M. Moynier, dans son excellente thèse, que je regrette de n'avoir vue citée ni par M. Marcé, ni par M. Blache, a particulièrement insisté sur ces phénomènes. Sans doute il ne l'a pas fait d'une manière aussi catégorique, et, si je puis le dire, aussi technique que M. Marcé, qui s'occupe spécialement de l'étude des maladies mentales; mais M. Moynier n'en a pas moins le mérite d'avoir indiqué les désordres de l'esprit chez les choréiques avec plus d'insistance et de précision qu'on ne l'avait fait avant lui.

M. Blache a dit que dans la danse de Saint-Guy les troubles intellectuels étaient rares, et n'occupaient pour ainsi dire que le second plan. Je crois que M. Blache a mal exprimé sa pensée; il a voulu dire sans doute que les troubles intellectuels étaient quelquefois si légers, si fugaces, qu'ils échappaient aux observateurs peu attentifs, et surtout aux personnes chargées du soin des malades. Si c'est là ce qu'il a voulu dire, nous sommes d'accord. En effet, très souvent le

trouble mental d'un jeune sujet atteint de danse de Saint-Guy ne se traduit que par un peu d'irascibilité dans le caractère, une moindre aptitude à l'application de l'esprit, un certain degré d'affaiblissement de la mémoire, etc. Ces signes échappent facilement aux parents, mais il est rare qu'ils échappent aux personnes chargées de l'instruction des enfants. Il y a dans les colléges et les pensionnats ce que je pourrais appeler l'étalon de la valeur intellectuelle des élèves, c'est le tableau d'honneur. Consultez ce tableau, et vous verrez que les choréiques y suivent une marche manifestement descendante. Cette légère compromission intellectuelle, ce faible degré d'imbécillité, qui donne aux adultes une intelligence sénile et aux jeunes gens une intelligence infantile, peut bien, je le répète, passer inaperçue des parents, mais elle ne doit pas échapper à l'attention du médecin.

J'affirme donc que, dans la très grande majorité des cas, l'intelligence est troublée à un degré quelconque dans la danse de Saint-Guy ; elle est aussi souvent affaiblie que la myotilité elle-même. Ce fait ressort bien clairement des observations recueillies par M. Moynier, et citées dans sa thèse : on peut voir que presque tous les malades dont il rapporte l'histoire présentaient un certain degré de dérangement mental. Il est même remarquable que M. Moynier a trouvé ces troubles intellectuels dans une proportion bien plus forte que celle indiquée par M. Marcé.

M. Marcé a le mérite d'avoir signalé la fréquence des hallucinations chez les malades atteints de la danse de Saint-Guy. Je ne conteste pas la réalité de ce fait, mais il faut prendre garde de se faire illusion sur sa valeur. N'est-il pas arrivé souvent à chacun de nous d'être obligé de lutter contre le sommeil, et de parler avec quelqu'un pendant cette pénible et fatiguante lutte? Or on sait combien sont incohérentes les idées pendant cet état intermédiaire à la veille et au sommeil ; on se surprend à dire les choses les plus singulières, à prononcer les mots les plus décousus ; on est presque assoupi, on rêve à demi ; puis tout à coup on secoue cette torpeur intellectuelle, et on revient à la vie réelle ; mais quelle peine

on éprouve à rassembler ses idées, à les coordoner et à reprendre le fil de la conversation !

N'est-ce pas là, messieurs, ce qui doit arriver et ce qui arrive souvent à ces malades, qui, vous le savez, sont si fréquemment privés de sommeil par la violence et l'importunité de leurs mouvements convulsifs? En faisant abstraction de cet état de l'esprit, qu'on ne saurait à coup sûr regarder comme un véritable état hallucinatoire, je crois que l'hallucination franche, réelle, doit être plus rare dans la danse de Saint-Guy, que ne l'a prétendu M. Marcé.

Je ferai les mêmes réserves pour le délire maniaque. Je crains que bien souvent aussi M. Marcé n'ait pas nettement distingué, d'une part, le délire fébrile du délire maniaque, et, d'autre part, la danse de Saint-Guy des autres formes de chorée. Le délire est très rare dans la danse de Saint-Guy franche, mais on l'observe assez communément dans la chorée hystériforme ou dans la danse de Saint-Guy compliquée d'épilepsie.

Je crois, messieurs, avoir suffisamment établi premièrement, que M. Blache avait eu tort de ne pas se servir assez expressément du mot spécifique *danse de Saint-Guy;* secondement, que M. Marcé avait malheureusement et indûment confondu la danse de Saint-Guy avec les autres formes de chorée, et surtout avec la chorée hystériforme.

— M. Blache : Je reprocherai à mon tour à M. Trousseau d'avoir porté jusqu'à l'exagération la fréquence des troubles intellectuels dans la danse de Saint-Guy. Il résulte de l'espèce d'enquête à laquelle je me suis livré, des questions que j'ai faites à ce sujet aux religieuses de l'hôpital des Enfants et à M. Lainé, professeur de gymnastique, que les petits malades atteints de danse de Saint-Guy ne présentent pas toujours de trouble mental; qu'un certain nombre n'offrent qu'un peu d'irascibilité dans l'humeur, ou cette extrême timidité, ces embarras si communs chez les personnes nerveuses; mais je ne pense pas qu'on doive considérer de semblables phénomènes comme un dérangement intellectuel.

Quant au moyen d'appréciation proposé par M. Trousseau pour les jeunes gens, je lui ferai observer qu'en général on ne garde point les choréiques dans les pensionnats, et qu'on en observe, par exemple, très peu à Saint-Denis et au Sacré-Cœur : on a l'habitude de les renvoyer chez leurs parents.

M. Trousseau a commis une autre exagération dans une de ses leçons cliniques, en affirmant que le tiers des scarlatineux présentait des douleurs rhumatismales.

— M. Trousseau : J'en demande pardon à M. Blache, mais je ne crois pas avoir exagéré pour ce dernier fait. Les recherches que j'ai entreprises à cet égard depuis sept ans ne permettent pas de douter de la vérité de ma proposition. Si d'autres observateurs pensent le contraire, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment cherché. Mon tort unique a été de ne pas dire que cela s'appliquait moins aux enfants, qu'aux adolescents et aux adultes. Cette proposition peut donc paraître exagérée pour les enfants, mais elle ne l'est point pour les adultes.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses, par B. Béraud.

De l'asthme, par M. le docteur Théry.

Topographie médicale du littoral de la basse Albanie, par M. le docteur Laval, médecin sanitaire à Gaza.

Des troubles fonctionnels de la peau et de l'action de l'électricité chez les aliénés, par M. le docteur Auzouy.

Mémoire sur le traitement et la guérison de l'anévrysme rhumatismal du cœur, sous l'influence de l'usage des eaux thermales de Bagnols (Lozère), par M. le docteur Dufresne de Chassaigne.

Acto dela sesion publica aniversario decimo-nono del institut medico Valenciano, 1859.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 19.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1858-1859. Deuxième série, t. II, n. 8 et 9.

Mémoires sur les corps gras, par M. Jeannel.

Notice sur la bibliothèque de la Faculté de médecine de Montpellier, pour servir à l'histoire de cette Faculté, par M. le professeur Anglada.

Études sur les graminées fourragères des environs de Toulouse, par M. Baillet.

Journal de pharmacie et de chimie. Juillet.

Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale. 15 juillet.

Gazette médicale de Paris, n. 29.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 28.

L'Abeille médicale, n. 29.

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, n. 4.

La Clinique européenne, n. 29.

La France médicale et pharmaceutique, n. 29.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 83 à 85.

Gazette des hôpitaux, n. 82 à 84.

L'Union médicale, n. 83 à 85.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 2.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie, pour sa bibliothèque, un exemplaire de la 22e livraison de la carte de France à 80,000.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie deux pièces relatives à des échantillons de frêne d'Haïti envoyés par M. MELLINET, consul général de France à Port-au-Prince, et demande en même temps à quels résultats ont conduit les expériences tentées avec ces mêmes échantillons. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur MESCHINET sur une épidémie d'angine et de variole qui a régné dans la commune de Saint-Symphorien (Deux-Sèvres). — Un rapport de M. le docteur DUSOUIL sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans la commune de Pouffonds. — Un rapport de M. le docteur PROSPER HULLIN sur une épidémie de croup qui a régné à Mortagne (Vendée) pendant l'année 1858. (*Commission des épidémies.*)

II. Un rapport de M. le docteur SALES-GIRONS sur le service médical des eaux minérales de Pierrefonds (Oise) pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

III. La recette et l'échantillon d'une pommade contre les cors aux pieds. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Charente en 1858. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. Mémoire sur la revaccination et les dangers reprochés à la vaccine, par M. le docteur RICARD. (*Commission de vaccine.*)

II. Application de la métallothérapie au traitement de la danse de Saint-Guy, par M. le docteur BURCQ. (*Commissaires :* MM. Grisolle, Trousseau et Blache.)

III. M. le docteur GERMAIN annonce à l'Académie l'envoi qu'il lui fait de deux exemplaires de son ouvrage sur les eaux sodo-chloro-bromurées de Salins, et prie en même temps la Compagnie de vouloir bien comprendre son nom sur la liste des candidats correspondants nationaux. (*Renvoi à la Commission.*)

IV. M. VAUTIER signale à l'Académie les bons effets de l'application topique des feuilles de grande chélidoine dans le traitement des plaies. (*Commissaire :* M. Bouchardat.)

V. M. le docteur DUPRÉ prie l'Académie d'accepter un pli cacheté en dépôt dans ses archives. (*Accepté.*)

VI. M. le docteur BATAILHÉ envoie à l'Académie quelques observations à l'appui d'un pli cacheté qu'il a déposé dans la séance du 21 juin, et demande aujourd'hui que l'ouverture de ce pli soit faite. (Ces pièces sont renvoyées à l'examen de M. Gimelle.)

—

LECTURES.

M. le docteur VERNEUIL donne lecture d'un travail intitulé : « Des difficultés qu'on éprouve à lier les artères de la jambe » après l'amputation de ce membre au lieu d'élection; de la » ligature de l'artère poplitée à sa partie inférieure comme » moyen d'y remédier. » (*Commissaires :* MM. Huguier et Robert.)

—

RAPPORTS.

I. *Rapport au nom de la Commission des eaux minérales*, par M. F. Boudet.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a consulté l'Académie sur une demande formée par le sieur Delebecque, brasseur à Josselin (Morbihan), dans le but d'obtenir l'autorisation de fabriquer des eaux minérales artificielles et des limonades gazeuses.

Cette demande est accompagnée des formules que le pétitionnaire se propose d'adopter pour la préparation de l'eau de Seltz, de l'eau de Vichy et des limonades gazeuses, et d'une indication sommaire du procédé et de l'appareil à l'aide desquels il doit obtenir l'acide carbonique et en opérer la dissolution.

La commission des eaux minérales, après avoir pris connaissance du dossier de cette affaire, a été d'avis que les conditions imposées aux fabricants d'eaux minérales n'étant pas remplies par le sieur Delebecque, l'autorisation qu'il sollicite ne peut pas lui être accordée.

Il résulte, en effet, des dispositions de l'ordonnance du 18 juin 1853 sur la fabrication des eaux minérales et de la jurisprudence adoptée par l'Académie :

1° Que nul ne pourra être autorisé à fabriquer des eaux minérales artificielles autres que l'eau gazeuse simple et les limonades gazeuses, s'il n'est pharmacien légalement reçu.

2° Que tout individu non pharmacien qui voudra se livrer à la fabrication de l'eau gazeuse simple et des limonades gazeuses sera tenu de justifier des connaissances nécessaires pour cette fabrication ou de présenter pour garant un pharmacien légalement reçu.

Or, le sieur Delebecque n'étant pas pharmacien, n'a aucun droit à la fabrication et à la vente des eaux minérales artificielles médicinales, telles que l'eau de Seltz et l'eau de Vichy qui, tenant en dissolution des sels de soude, de chaux, de magnésie et de fer, constituent de véritables médicaments.

Il pourrait, il est vrai, être autorisé à fabriquer et vendre de l'eau gazeuse simple et des limonades gazeuses; mais pour obtenir cette autorisation restreinte, il faudrait qu'il donnât une description exacte et détaillée de ses appareils, des dispositions prises pour purifier le gaz carbonique et pour le soustraire au contact des métaux dangereux, tels que le plomb et le cuivre; il faudrait encore qu'il justifiât des connaissances nécessaires pour la fabrication des eaux minérales, ou qu'il présentât pour garant un pharmacien légalement reçu; mais il n'a pas même rempli ces dernières conditions.

En conséquence, la commission des eaux minérales a l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, qu'il n'y a pas lieu d'accorder au pétitionnaire l'autorisation qu'il sollicite.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

II. *Rapport sur l'eau minérale d'une source sulfureuse*, découverte dans la commune les Camoëns (1), près Marseille. — M. O. Henry, *rapporteur*.

Par une lettre ministérielle en date du 31 mars dernier, M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, a fait inviter l'Académie impériale de médecine à donner son avis sur l'opportunité de la demande du sieur Joseph Michel, qui désire exploiter *au point de vue médical* et *comme vente en bouteilles l'eau sulfureuse* d'une source qu'il possède au village les Camoëns, commune de Marseille, département des Bouches-du-Rhône, en prescrivant que l'analyse des échantillons expédiés en bonne forme fut exécutée dans le laboratoire de ladite Académie.

Le propriétaire que nous venons de nommer annonce l'intention de ne faire aucun travail à la source pour en augmenter le débit ou pour y élever le moindre établissement; *il désire se borner à la vente de l'eau en bouteilles.*

L'eau des Camoëns, dont les échantillons nous ont été expé-

(1) Beaucoup d'auteurs écrivent *les Camoins*.

diés à Paris, nous a fourni les résultats suivants comme composition chimique établie sur 1000 grammes de liquide, savoir :

		gr.	c.c.
Acide sulfhydrique libre		0,004	2,62
Acide carbonique libre		peu.	
Sulfure de calcium		0,044	
Sulfure de magnésium	peu.		
Bicarbonate de chaux		0,530	
Bicarbonate de magnésie			
Sulfate de chaux	domine.	1,446	
Sulfate de magnésie			
Sulfate de soude			
Chlorures de sodium et de calcium		0,400	
Silice, alumine, phosphate		0,120	
Oxyde de fer, matière organique			
		2,544	

L'eau expédiée indiqua 17°,5 sulfométriques en moyenne de plusieurs essais.

Cette eau, qui est froide à la source, appartient à l'espèce des eaux *sulfurées calciques* de formation secondaire ; par sa richesse sulfureuse elle tient le milieu entre l'eau d'Enghien et celle de Pierrefonds, du même genre. Ces eaux se prêtent facilement, on le sait, à la conservation en bouteilles, et dès lors à l'expédition au loin ; l'eau des Camoëns remplirait donc les conditions voulues pour atteindre le but du propriétaire ; mais comme il n'existe rien de particulier dans cette eau, comme la condition de travaux à la source avait été faite audit propriétaire, qui les refuse, et enfin, comme il existe beaucoup d'autres eaux sulfureuses analogues dans des départements voisins, Euzet, Couvalat-le-Vigan (Gard), Gréoulx, Digne (Basses-Alpes), Montbrun et Montélimart (Drôme), etc., il ne nous paraît pas y avoir d'importance dans l'expédition et la vente de l'eau qui nous occupe. Nous vous proposons en conséquence, messieurs, de répondre à M. le ministre que l'autorisation seule de vendre en bouteilles l'eau des Camoëns, près Marseille, n'a pas de motifs sérieux pour être accordée.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

III. *Rapport sur deux sources d'eau minérale* existant à Labestz-Biscaye (Basses-Pyrénées). — M. O. HENRY, *rapporteur*.

Dans la commune de Labestz-Biscaye, canton de Saint-Palais, département des Basses-Pyrénées, il existe un petit établissement thermal que desservent deux sources d'eau minérale, l'une *sulfureuse*, l'autre *ferrugineuse*. Cet établissement est fréquenté chaque année par un certain nombre de malades; mais les sources n'ont pas été jusqu'ici autorisées. Leur propriétaire a adressé à l'autorité une demande dans le but d'obtenir cette autorisation, qui régulariserait sa position. En conséquence, par une lettre ministérielle en date du 23 septembre dernier, l'Académie impériale de médecine a été invitée à donner son avis à ce sujet après que l'analyse des échantillons d'eau expédiés en bonne forme aurait été faite dans son laboratoire.

Les eaux de Labestz-Biscaye sont, comme on vient de le dire, de natures différentes, l'une est *sulfureuse*, l'autre *ferrugineuse* et froides toutes les deux.

La source *sulfureuse*, d'un débit journalier de 7,200 litres, appartient à l'espèce des eaux *sulfurées calcaires* de formation secondaire. L'eau est assez riche en principes, sulfureux, car les échantillons expédiés à Paris ont accusé en moyenne, pour ceux restés *bien intacts*, un degré sulfométrique égal à 24°,5.

Quant à la composition chimique, déduite d'essais variés, elle a été pour 1 litre ou 1,000 grammes d'eau, savoir :

SOURCE SULFUREUSE.

Température, 10° centigr. — Degrés sulfométriques, 24°,5.

		gr.	c.c.
Acide sulfhydrique libre		0,008	5,26
Acide carbonique libre	évalué.	0,270	
Sulfure de calcium		0,054	
Sulfure de sodium	peu.		
Sulfate de chaux	très dominant.	0,256	
Sulfate de soude			
Sulfate de magnésie			
Bicarbonate de chaux		0,301	
Bicarbonate de magnésie			
Chlorure de sodium		0,210	
Silice, alumine, fer	indices.	0,050	
Phosphate terreux			
Matière organique, sulfurée et azotée			
		1,149	

C'est donc bien une eau analogue à celles d'Enghien, de Pierrefonds, de Cauvalat-le-Vigan, d'Euzet, etc., toutes bien connues et employées avec avantage dans la pratique médicale.

La source *ferrugineuse*, située dans le voisinage de la précédente, ainsi que cela se voit fréquemment pour ces eaux, n'a qu'un débit de 400 litres par jour et ne peut servir alors que comme *buvette*. Elle est froide aussi et appartient à l'espèce des eaux ferrugineuses *carbonatées et crénatées*.

L'analyse nous a conduit à la considérer comme composée ainsi qu'il suit sur 1 litre de liquide.

	gr.
Acide carbonique libre	0,240
Bicarbonate de chaux	0,300
Bicarbonate de magnésie	
Bicarbonate de fer avec crénates	0,047
Bicarbonate de manganèse	Traces sensibles.
Sulfate calcaire	0,040
Chlorure de sodium	0,280
Silice, alumine, matière organique (humus)	0,063
Principe arsenical	non douteux.
	0,970

La nature chimique de l'eau des deux sources de Labestz-Biscaye justifie aisément les bons effets qu'on leur attribue et

qu'on a observés dans l'établissement thermal qu'elles alimentent. Nous ne voyons dès lors aucun motif pour refuser de régulariser la position du propriétaire en vous proposant, messieurs, de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation des eaux de Labestz-Biscaye au *point de vue médical*.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

IV. *Rapport sur une source d'eau minérale* découverte à Scay (Haute-Saône). — M. O. Henry, *rapporteur*.

D'après une lettre ministérielle en date du 19 avril dernier, l'Académie impériale de médecine a été invitée à donner son avis sur l'opportunité d'une demande adressée à l'autorité pour l'exploitation au point de vue médical de deux sources découvertes dans la commune de Scay (Haute-Saône). Des échantillons expédiés en bonne forme ont été envoyés pour l'analyse dans le laboratoire de l'Académie avec le certificat de puisement en règle.

L'eau de Scay, analogue dans les deux sources, est une *eau légèrement acidule bicarbonatée*, dans laquelle le *bicarbonate de soude* domine à côté de ceux de *chaux et de magnésie;* elle renferme, en outre, des *chlorures*, peu de *sulfates* et quelques traces d'*iodure et de fer*.

Sa composition chimique, établie pour 1,000 grammes de liquide d'après les résultats obtenus avec l'eau expédiée à Paris, a été ainsi qu'il suit, savoir :

	lit.	gr.	
Acide carbonique libre	0,605	1,198	
Bicarbonate de soude		1,038	
Bicarbonate de potasse		0,003	
Bicarbonate de chaux		0,454	
Bicarbonate de magnésie		0,149	
Sulfates (calculés anhydres) de soude, de chaux, de magnésie		0,095	2,634
Chlorures de sodium et de potassium		0,837	
Chlorure de calcium		0,020	
Iodure		Traces	
Azotate			
Silice		0,033	
Oxyde de fer (sesquioxyde)		0,005	
Principes minéralisateurs		3,832	
Eau pure		996,168	
		1000,000	

L'eau minérale de Scay, dont on vient de donner l'analyse, présente, comme on le voit, beaucoup d'analogie avec d'autres eaux *bicarbonatées sodiques et calcaires* connues et employées avec avantage dans la pratique médicale. Il y a donc lieu d'autoriser celle-ci, mais en posant au propriétaire la condition expresse d'aménager convenablement les sources et d'y faire établir tout ce qui convient pour faciliter aux malades l'administration de l'eau minérale en question.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

V. *Mémoire sur les doctrines médicales*, par M. le docteur Renouard. (*Commissaires :* MM. Jolly et Gibert, *rapporteur*.)

Il faut au praticien une foi médicale : le doute permanent n'est pas supportable pour l'homme consciencieux obligé de prendre à chaque instant des décisions d'une extrême gravité.

On a beau vouloir écarter les discussions de principes, elles renaissent à tout propos... ; ne vaut-il pas mieux les aborder

une fois de front, que de les effleurer continuellement sans rien résoudre ?

Or, s'il existe un principe de thérapeutique tellement évident que personne ne lui refuse son adhésion, tellement simple qu'il soit à la portée des intelligences les moins cultivées, tellement fondamental qu'il embrasse toutes les opérations de la médecine pratique..., n'est-ce pas sur ce principe que l'on doit s'accorder à faire reposer tout l'édifice de l'art de guérir ?

Eh bien ! l'auteur du mémoire que vous nous avez chargé d'examiner croit être arrivé à la découverte d'un principe qui réunit en effet tous ces caractères, et qu'il vous propose de reconnaître avec lui comme le fondement désormais inébranlable de la thérapeutique.

Mais la simplicité même de ce principe pourrait en faire méconnaître l'importance, si nous ne nous attachions pas d'abord, avec l'auteur, à une exposition doctrinale suffisamment développée, pour faire bien comprendre toute la gravité de la décision dogmatique que M. le docteur Renouard sollicite de votre autorité scientifique.

C'est presque toujours à la *pathologie* que l'on a demandé une règle universelle de thérapeutique. Qu'a-t-on pu jusqu'ici en obtenir ? Quelles sont, sous ce rapport, les prétentions des deux doctrines rivales qui se disputent le droit de dicter des lois à l'art de guérir, savoir : le *vitalisme* et l'*organicisme?*

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'intéressante discussion à laquelle il se livre pour définir le résultat pratique auquel aboutit chacune de ces doctrines fondamentales... bien que nous regardions cette discussion comme devant servir de réponse aux deux objections capitales (et en apparence contradictoires) que soulève le simple énoncé du principe adopté par M. Renouard, comme seule règle de thérapeutique (*à juvantibus et lædentibus fit indicatio*), savoir : 1° que cette règle ne peut servir de base unique à l'art de guérir ; 2° qu'il n'y a rien de nouveau dans la proclamation d'un pareil principe.

Le dogme de la nature médicatrice, fondement de l'*hippocratisme*, érigé en principe de thérapeutique, dit l'auteur, serait la négation de l'art, si on voulait l'interpréter rigoureusement. Avec les restrictions et les interprétations de la plupart des vitalistes modernes, ce n'est plus qu'une vérité spéculative, dont la considération est uniquement propre à rendre le praticien circonspect dans l'emploi des ressources de son art et modeste dans l'appréciation de ses succès. Selon nous, c'est déjà bien quelque chose. Mais, de plus, il nous semble que M. Renouard méconnaît l'importance que les hippocratistes ont toujours attaché à l'étiologie. Quand la cause du mal est connue, l'art intervient pour la détruire, l'éloigner ou l'amoindrir (*sublatâ causâ, tollitur effectus*)... Et ce n'est pas là, comme le prétend l'auteur, de la médecine *négative*.

D'autre part, selon M. Renouard, vouloir, comme les *organiciens*, établir la thérapeutique sur un fondement aussi variable et aussi incertain que les systèmes pathologiques, et se glorifier ainsi d'avoir adopté une médecine prétendue *rationelle*, c'est-à-dire déduite de la *lésion-principe*, que l'on regarde comme constituant la *nature* des maladies..., c'est se condamner à subir toutes les erreurs auxquelles ont entraîné tout récemment encore un si grand nombre de praticiens, les théories de Brown et de Broussais..., pour ne parler que des systèmes qui ont brillé avec le plus d'éclat dans le siècle actuel. La première chose à faire, au contraire, pour tout praticien consciencieux et éclairé, une fois au lit du malade, c'est le sacrifice de tout préjugé physio-pathologique pour s'en tenir aux données de la stricte observation.

Quand on y réfléchit mûrement, ajoute M. Renouard, et sans prévention, on reconnaît bientôt qu'une idée pathologique, c'est-à-dire la représentation mentale d'une maladie, si complète qu'elle soit, ne saurait jamais contenir l'idée ou l'indication du remède propre à la guérir, avant qu'on ait tenté quelque essai pour s'éclairer à ce sujet. L'épreuve clinique seule nous fournit des renseignements positifs sur la valeur des moyens thérapeutiques. Avant qu'un agent thérapeutique quelconque ait subi cette épreuve, on ne peut former

sur son efficacité que des conjectures plus ou moins probables.

Remarquons à notre tour combien sont irrationelles et nuisibles les prétentions de ces esprits orgueilleux, qui rejettent les traditions, méprisent l'autorité du passé, et se privent ainsi volontairement de toutes les lumières accumulées par l'expérience des siècles!

Et ce qui est dit ici des données physio-pathologiques pourra se dire de même des considérations anatomiques et autres.

Qui aurait pu prévoir, s'écriait il y a deux mille ans le père de la médecine, en étudiant les fonctions du cerveau, que le vin en dérangeait les fonctions? Et à qui encore la connaissance anatomique du corps humain aurait-elle appris que les miasmes marécageux produisent une fièvre intermittente?

Aujourd'hui, comme au temps d'Hippocrate, il faut reconnaître que ce n'est pas par des raisonnements *à priori* que l'on peut constituer la science, mais bien par l'observation et l'expérience, qui nous révèlent des faits que n'auraient jamais pu nous faire pressentir les considérations théoriques fondées sur la connaissance la plus approfondie de la texture et de l'action de l'organisme, soit en santé, soit en maladie.

Aussi voyons-nous, comme le fait observer avec raison M. Renouard, dès les temps les plus reculés de l'histoire de la médecine, une classe nombreuse de médecins désignés sous le nom d'*empiriques*, rejeter toute spéculation sur l'essence des maladies et s'efforcer d'établir les indications curatives sur l'observation pure des effets que les divers agents produisent dans l'économie.

Conformément à ce principe, choisir pour traiter chaque maladie (indépendamment de toute considération anatomique, physiologique ou pathologique), la méthode qui aura donné les résultats les plus avantageux, c'est la seule règle générale à imposer à la thérapeutique.

Aussi notre auteur proclame-t-il la méthode *spécifique* comme la plus parfaite, parce qu'elle atteint mieux qu'au-

cune autre le but de la médecine (guérir sûrement et promptement), comme la plus naturelle, parce que c'est elle qu'on a employée ou prétendu employer dès les premiers temps, dans l'enfance de l'art; enfin, comme *très rationnelle* en même temps, puisqu'elle est fondée sur le *criterium* suprême de l'art de guérir, l'épreuve clinique.

Mais il ne suffit pas de posséder un principe sûr de thérapeutique et des méthodes de traitement bien ordonnées, il faut en outre savoir les appliquer à propos, et c'est ici que les études nosologiques deviennent indispensables; ces études doivent être naturellement précédées et accompagnées des connaissances anatomiques et physiologiques qui en préparent l'accès.

C'est également ici que se fait sentir l'utilité des théories et des classifications... sans qu'il faille toutefois y attacher l'importance exagérée que leur attribuent les théoriciens, trop enclins à faire dépendre le traitement d'une maladie de la place qu'elle occupe dans un cadre nosologique. Il nous importe médiocrement, dit à ce sujet M. Renouard, que l'on mêle par exemple avec Pinel les fièvres intermittentes aux fièvres continues, ou qu'on les rattache, avec Broussais, aux phlegmasies, ou que, avec quelques modernes, on les range dans les névroses, ou même qu'on les classe parmi les altérations du sang... pourvu qu'on les décrive de manière à les distinguer des autres affections morbides et qu'on indique le seul traitement dont l'expérience ait constaté l'efficacité.

Chomel, il est vrai, a laissé échapper cette proposition qui n'est guère en harmonie avec d'autres principes adoptés dans son *Traité de pathologie générale :* « Lorsque, par l'examen » attentif d'un malade, le médecin a reconnu le genre de la » maladie, son caractère particulier, sa marche, sa tendance » vers une terminaison favorable ou funeste, les causes qui » l'ont produite, etc., l'ensemble de ces circonstances montre » en quelque sorte le traitement qu'il doit suivre, et c'est là » ce qu'on nomme l'*indication.* »

Mais, réplique M. Renouard, il y a dans ce passage une er-

reur capitale, qu'il importe de bien éclaircir, parce qu'elle est la source de beaucoup d'appréciations erronées. L'idée qu'on peut se faire d'une maladie, d'après les diverses circonstances énumérées par l'auteur que nous venons de citer, ne contient dans aucun cas l'idée du remède propre à la guérir. Est-ce que l'idée qu'on peut se faire de la fièvre intermittente contient l'idée du remède héroïque découvert par l'expérience populaire? Est-ce que l'idée que se faisaient de la syphilis les savants du xve siècle aurait jamais pu leur *indiquer* le remède spécifique appliqué avec tant de succès par les empiriques?

C'est avec raison que le célèbre Pinel avait formulé en ces termes le vrai problème de la nosographie : « Une maladie » étant donnée, déterminer son vrai caractère et le rang » qu'elle doit occuper dans un tableau nosologique ; » tandis que la thérapeutique a pour but de nous faire connaître les changements que les modificateurs artificiels peuvent imprimer à la marche de ces mêmes maladies.

Aussi, le précepte universel et fondamental de l'art de guérir doit-il être purement et simplement formulé comme il suit :

« *Traiter chaque maladie par les moyens qui ont le mieux réussi dans les cas analogues.* »

Si l'on objecte à M. Renouard que le précepte n'est pas neuf et qu'il est d'ailleurs à peu près admis par tout le monde, soit explicitement, soit implicitement, l'auteur peut vous renvoyer aux développements historiques et philosophiques exposés dans son mémoire, développements qui ont trait surtout aux prétentions des réformateurs, soit anciens, soit modernes, qui ont cru pouvoir fonder une thérapeutique dite *rationnelle* sur des considérations étrangères à l'empirisme.

En somme, l'auteur croit avoir rendu un véritable service à la science, en insistant plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui sur le principe qui exclut toute dispute scolastique, et dont il faut savoir tirer tout le parti possible, en le proclamant le seul véritablement *rationnel*, le seul qui puisse mettre un terme aux révolutions engendrées par les théories physio-

logiques .. révolutions dont nous avons vu de si nombreux et si déplorables exemples depuis seulement un demi-siècle !

L'empirisme, donné comme règle fondamentale de la thérapeutique, n'est pas d'ailleurs l'empirisme ignorant et irrationnel qui marche à l'aveugle et sans éducation médicale préliminaire : c'est l'empirisme rationnel, l'*empiri-méthodisme*, ainsi que le désigne M. Renouard, c'est-à-dire l'empirisme éclairé par les traditions du passé, fécondé par les lumières du présent, et dirigé par le raisonnement qui s'appuie sur la somme de toutes les connaissances qu'embrasse la science médicale..., mais qui subordonne toujours toutes ces connaissances et toutes les théories qui pourraient en surgir, à l'*épreuve clinique*, véritable *criterium* de l'art de guérir.

Dans ce court exposé, nous n'avons pu vous donner qu'une idée très incomplète des données philosophiques sur lesquelles s'appuie toute l'économie du mémoire de M. Renouard, aussi nous croyons devoir vous proposer de renvoyer ce mémoire au Comité de publication comme tout à fait digne, par la forme et par le fonds, de figurer parmi les mémoires de l'Académie.

Auteur d'une *Histoire de la médecine* et de *Lettres philosophiques*, qui forment comme la continuation et le complément de cette histoire, M. le docteur Renouard a été naturellement amené, par ses recherches historiques et critiques, à dégager de toutes les obscurités et de toutes les contradictions qu'il a subies, le principe fondamental de l'art de guérir, que nous avons formulé d'après lui, et qui mérite en effet d'être pris en sérieuse considération par ces esprits orgueilleux qui se flattent de substituer une base dogmatique (prétendue *rationnelle*) au fondement *expérimental* sur lequel le père de la médecine l'avait édifiée.

Pour nous, nous le déclarons sans hésitation, nous croyons, avec Hippocrate et avec M. Renouard, que ce n'est pas dans les théories tirées de l'analyse plus ou moins moléculaire de l'organisme humain que l'on trouvera jamais la clef de la thérapeutique, mais purement et simplement dans l'observation

et l'expérience, qui nous apprennent, indépendamment de toute notion anatomique, physiologique ou pathologique, que tel ou tel remède doit être employé dans telle ou telle maladie, parce qu'il a pour lui la sanction du temps et de l'expérience commune.

Quoi qu'il en soit, par les questions qu'il soulève, par la clarté qu'il jette, à l'aide d'une discussion historique et critique approfondie, sur les dogmes fondamentaux de la médecine, par l'esprit philosophique qui a présidé à sa rédaction, par la simplicité même du principe thérapeutique qu'il énonce..., le mémoire de M. Renouard se distingue de nos travaux ordinaires, et mérite une place honorable dans vos publications.

Nous vous proposons, en conséquence :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur ;

2° De renvoyer son travail au Comité de publication.

— M. Bouillaud demande la parole à l'occasion du rapport de M. Gibert. La discussion est renvoyée à une prochaine séance.

—

DISCUSSION.

État mental dans la chorée.

M. Piorry : On désigne sous le nom de chorée une affection névro-musculaire dans laquelle le malade exécute des mouvements en partie volontaires, en partie convulsifs, et qui dépassent toujours le degré de contraction que l'on doit produire.

Tous les auteurs ont confondu sous une dénomination unique les variantes de cette affection. Scélotyrbe, danse de Saint-Wight, etc., représentent pour eux, aussi bien que chorée, une unité morbide ; M. Trousseau n'est pas du même avis, et, faisant de l'analyse, et par conséquent de la nosologie et de la nomenclature, il distingue de la chorée la danse de Saint-Wight ou de Saint-Guy. Rien de mieux sans doute que de chercher à débrouiller le chaos des états pathologiques

ainsi nommée, on y a réuni : les affections épidémiques qui ont régné au XIVe et au XVe siècle; les phénomènes convulsifs qui ont lieu sporadiquement chez de jeunes filles ou chez de jeunes garçons; les mouvements déréglés des muscles à la suite de certaines lésions du névraxe, et les accidents du même genre compliqués d'épilepsie, d'hystérie et d'aliénation mentale. Certes, il doit exister là des états pathologiques complexes et différents les uns des autres; mais pour établir une distinction, il aurait d'abord fallu exposer nettement les causes, les symptômes et la marche propres à chacun d'eux, et faire de la science pathologique. Or, M. Trousseau nous l'a dit, il croit que les médecins ne sont pas des savants, mais des artistes, et il raisonne à la façon, non pas des artistes, comme Michel-Ange et le Poussin, qui faisaient de la science anatomique et de la perspective, mais comme les peintres chinois, qui tiennent surtout à reproduire et à outrer la vivacité des couleurs.

M. Trousseau dit que la danse de Saint-Guy est spécifique, tandis que la chorée ne l'est pas; mais de grâce qu'il nous dise donc positivement en quoi l'une diffère de l'autre. Veut-il parler des épidémies observées au moyen âge et si mal décrites qu'elles ont plus d'analogie avec le mal des convulsionnaires de Saint-Médard, qui cessèrent par arrêt du parlement de se livrer à leurs ébats, qu'à la chorée telle que nous la voyons? Nous ne savons pas ce qu'étaient ces épidémies, et nous connaissons encore moins le virus spécifique qui aurait pu les produire; on ne dit pas qu'il y ait eu des remèdes particuliers pour les combattre.

M. Trousseau ne rangera certainement pas parmi les affections spécifiques les mouvements dits choréiques qui ont lieu à la suite des lésions organiques affectant les centres nerveux; il en sera sans doute ainsi des mouvements déréglés des muscles qui ont lieu chez les hystériques et les épileptiques! Restera donc la chorée des jeunes filles hypémiques, qui se manifeste assez rarement chez l'adulte. Or, il serait scientifiquement et artistiquement très utile que M. Trousseau nous traçât dans cette affection convulsive les cas que nous

devons rapporter à la danse de Saint-Guy, telle qu'il la conçoit, et ceux qui méritent pour lui le nom de chorée.

La distinction qu'il veut établir entre ces deux états morbides est si difficile, tellement impossible même, qu'un homme du mérite de M. Trousseau n'a pas pu la faire. Est-ce à dire pour cela que la danse de Saint-Wight ou de Saint-Guy, que la chorée, soit une unité morbide, caractérisée par des symptômes pareils, et dont les causes, la marche, le siége, le pronostic, la durée, la terminaison, et surtout le traitement, soient toujours identiques? Non, sans doute.

D'abord on ne peut lui assigner que des causes générales variables, que certaines conditions d'organisation telles que: le peu de développement (hyporganisme), une disposition névropathique prématurée; un état d'hypémie et d'hydrémie suivi d'irrégularités dans la menstruation, etc. Or, ces causes éloignées sont différentes les unes des autres, et quant à une cause positive et actuelle, on n'en connaît pas plus de spécifique que de sporadique ou d'anatomique.

L'invasion, la marche du mal, sont variables comme sa durée, qui s'étend de quelques jours à quelques semaines, à quelques mois et davantage. Ce n'est pas là une affection comme la variole ou l'iléo-spilosie qui semblent avoir des périodes plus ou moins fixes.

Parmi les symptômes de la chorée, il en est un seul qui est toujours le même, c'est cette sorte de trouble, d'hésitation dans les mouvements qui ne sont plus retenus, réglés par la volonté, et qui dépassent presque toujours le but que le malade veut atteindre, et encore faut-il distinguer les cas dans lesquels, sans que le vouloir y soit pour quelque chose, il se manifeste des contractions spasmodiques, brusques et momentanées, et ceux où la volonté a besoin d'intervenir pour qu'une contraction de cette affection chronique succède. Le siége varie; tantôt les quatre membres en sont atteints également avec ou sans les muscles du tronc, de la langue, du larynx; ailleurs il n'y a que la moitié latérale ou la partie inférieure du corps qui en soient frappées.

Chez la plupart des choréiques, l'intelligence est troublée.

Dès 1850, à trois reprises (*Traité de médecine pratique*, nos 12220, 12224, 12233), j'ai fait remarquer que la plupart des choréiques ont une intelligence très faible, une susceptibilité extrême, et qu'ils présentent même de la démence et de l'imbécillité ; dans les faits remarquables vus par M. Marcé, il y avait souvent des hallucinations et même une folie confirmée.

On ignore absolument quelle est la pathogénie de la chorée, et quant à la thérapeutique, elle est loin d'être identique dans tous les cas.

Sans doute on a essayé, proposé, vanté outre mesure des moyens spéciaux plutôt que spécifiques pour remédier à la chorée; les affusions froides ont été recommandées par Dupuytren, les bains par surprise ont été vantés par d'autres médecins, qui les ont vu réussir ; la compression des membres a été proposée par moi dans la vue de rendre les contractions impossibles; le zinc, la valériane, ont été proposés en souvenir de Méglin; la strychnine, le tartre stibié, ont rationnellement, et non empiriquement, été employés, l'un pour substituer des contractions permanentes aux convulsions momentanées, l'autre pour troubler tout à coup l'organisme; on a usé et abusé de l'opium, des antispasmodiques de toute sorte; le rhythme musical a été proposé, et tous ces moyens ont eu leur temps de mode et de vogue; mais la plupart d'entre eux ont été bientôt oubliés.

Là encore il faut étudier l'organisation, rechercher si, comme dans l'hystérie et l'épilepsie, il ne s'agit pas de quelque point de départ organique sur lequel on pourrait heureusement agir, et, par exemple, dans six ou huit cas, il m'est arrivé de faire dissiper brusquement des chorées avec redoublement le soir, par un gramme de sulfate de quinine dissous dans 30 grammes d'eau, et cela est surtout arrivé alors que j'avais constaté une augmentation marquée dans le volume de la rate. J'ai publié des observations sur ce sujet qui sont du même genre que celles qui ont trait à la guérison de l'aliénation mentale, présentant de la périodicité et se manifestant chez des gens atteints de spléno-mégalie (*Clinique européenne*,

mars 1859, n° 13). MM. les docteurs Baillarger et Marcé ont soigné avec moi le malade qui fait le sujet de l'une de ces curations heureuses de la folie ; ce sont encore là des faits analogues à ceux dans lesquels la fièvre dite cérébrale des enfants (*Traité de médecine pratique*, n° 12114), l'hystérie, l'épilepsie, présentant quelque périodicité et se manifestant chez des malades dont la rate est volumineuse, cèdent à l'emploi du sel de quinquina.

Voici quelles sont les conclusions de ce qui précède :

1° La chorée des auteurs ne diffère pas de la danse de Saint-Wight.

2° Elle ne constitue pas une unité morbide.

3° Presque toujours elle n'est qu'un symptôme et elle n'est en rien une affection spécifique due à un agent spécial, et que l'on puisse combattre utilement par un médicament spécifique. Ceci posé, revenons sur le mémoire de M. le docteur Marcé et sur le rapport de notre honorable confrère M. Blache.

D'abord il convient de remercier M. Marcé d'avoir, plus que les autres auteurs, insisté sur le délire et les hallucinations des choréiques. Déjà M. Bouillaud avait comparé à la folie les mouvements désordonnés de ces malades; mais il n'avait pas noté aussi bien que M. Marcé le trouble mental de ces malheureux. Du reste, il n'y a rien d'étrange ici dans la présence d'une anomo-psychismie ou folie ; de la même façon que celle-ci se déclare dans l'hystérie et l'épilepsie, de la même manière elle peut avoir lieu dans la névropathie dite chorée.

Toutes les analogies portent à croire que ces affections sont de même nature, et qu'il s'agit encore ici d'un état particulier des nerfs consistant dans une oscillation ou vibration progressive à laquelle j'ai donné un nom qui révoltera sans doute M. Trousseau, mais qu'il faut bien qu'il se résigne à entendre, celui de névropallie. En raison du nerf ou de la portion du névraxe affecté, tel ou tel phénomène se manifeste : quand les nerfs de l'ovaire et ceux qui correspondent avec cet organe sont atteints, se prononcent l'ovaralgie, les néval-

gies intercostales, sous-occipitales, la boule hystérique, etc.; quand la rétine et le nerf optique sont lésés, il y a une attaque complète d'épilepsie, etc.; quand la partie de l'encéphale, où Rolando, Bouillaud, Flourens, etc., ont placé la coordonnation des mouvements, sont affectés le tremblement choréique se déclare, etc. Dans celui-ci, l'affection névropallique s'étend aux rameaux musculaires et constitue une névropallie particulière; mais je vois déjà quelques personnes froncer le sourcil en entendant des mots auxquels leurs oreilles sont peu habituées. Je regrette de leur déplaire, mais je n'hésite pas à m'en servir, parce que je pense qu'il faut des termes expressifs pour rendre des idées scientifiques; parce que j'ai la simplicité de croire que la médecine s'est élevée au niveau des sciences, bien qu'elle continue ailleurs à exiger pour la pratiquer un génie artistique; parce que les médecins dignes de ce nom n'ont pas à rendre compte au public des noms qu'ils emploient; parce qu'il est préférable de formuler dans les termes consacrés dans la langue d'Homère les dénominations propres à rendre leurs idées que d'affecter d'emprunter au langage des gardes-malades ou des halles des expressions triviales qui n'ont même pas l'avantage d'être justes et euphoniques. Admirateur de Linné, de Guyton-Morveau, de Chaussier, de Duméril, d'Haüy, et même des tentatives de Sauvages, d'Alibert, de Barbier (d'Amiens), d'Andral, etc.; partisan des idées anatomiques et physiologiques, et de leur application à la pathologie et à la thérapeutique, je persiste à croire que l'absurdité n'est ni dans les nomenclatures scientifiques ou médicales, ni du côté de ceux qui les adoptent avec conviction et courage persévérant; mais bien du côté des gens qui préfèrent dans le langage, comme dans l'examen des malades, les hypothèses à l'observation, et l'esprit fantastique au bon sens.

En somme, j'approuve et j'adopte pleinement les conclusions de M. Blache, et je suis heureux d'ajouter que M. le docteur Marcé est à mes yeux un homme de progrès et un médecin travailleur et consciencieux.

— M. Gibert : Je m'étonne qu'un homme se disant aussi positif que M. Piorry, aussi organicien, un médecin qui parle toujours de lésions et qui ne veut pas reconnaître de maladie sans point de départ organique, je m'étonne, dis-je, qu'il admette toute une classe de maladies caractérisées seulement par une vibration moléculaire que personne n'a jamais vue.

— M. Piorry : Cette vibration je ne l'ai que trop vue depuis quarante ans dans les accès de migraine (irisalgie) auxquels je suis sujet; c'est d'abord un cercle lumineux dont les contours sont en zigzag et qui, d'abord petit, va sans cesse en s'agrandissant par des oscillations continuelles. Mais je ne veux pas refaire une description que j'ai publiée plusieurs fois déjà et dont j'ai vérifié l'exactitude sur un grand nombre d'autres malades. J'ajouterai seulement que l'engourdissement produit à l'avant-bras et à la main après un choc sur le coude; que la sensation que donnent les décharges électriques; que les bourdonnements, les cordes de guitare que les hystériques croient sentir vibrer dans l'estomac, etc., sont pour moi autant de variétés de cette oscillation nerveuse. On peut dire de ce phénomène qu'on le voit, qu'on l'entend et qu'on le sent. N'est-ce pas assez? Pour moi, la vibration est devenue la clef de toute la nature.

— M. Gibert : Je me doutais bien un peu de ce qu'était pour M. Piorry la science positive, mais je suis bien aise qu'il nous ait lui-même exposé ses principes.

— M. Piorry : Je ne suis pas fâché non plus d'en avoir trouvé l'occasion.

SÉANCE DU 2 AOUT 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes informe l'Académie que la distribution des prix du concours général entre les lycées et les colléges de Paris et de Versailles aura lieu le lundi 8 août, et invite M. le Président à vouloir bien assister à cette solennité.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les rapports de MM. les docteurs GAY et FOUCART sur le service médical des eaux de Saint-Alban et de Bilazais pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements d'Ille-et-Vilaine, des Hautes-Pyrénées et de Saône-et-Loire. — Un rapport de M. le docteur LAPEYRE sur une épidémie de rougeole qui a sévi dans la ville de Lodève (Hérault). — Un rapport de M. le docteur GUILLEMONT sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Louhans pendant l'année 1858. — Un rapport de M. COLLAS, officier de santé à Diou (Allier), sur une épidémie de croup qui a régné dans cette ville et ses environs. (*Commission des épidémies.*)

III. Les recettes et échantillons de diverses préparations médicamenteuses présentées par le sieur Macons. — La recette et l'échantillon d'une pommade contre la calvitie. — La recette et l'échantillon d'une préparation dite eau d'hypéricum. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements de la Corrèze, de la Drôme, de l'Oise, du Puy-de-Dôme, du Tarn, des Bouches-du-Rhône et de l'Allier. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. De l'action de l'iode considéré comme emménagogue, par M. le docteur Rizet, médecin aide-major aux chasseurs à cheval de la garde. (*Commissaires :* MM. Hervez de Chégoin et Cazeaux.)

II. Deux observations d'accidents graves survenus à la suite de l'inoculation de la vaccine, par M. le docteur Lecoq, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de marine. (*Commissaires :* MM. Gibert et Depaul.)

III. Recherches du phosphore absorbé dans les cas d'empoisonnement, par MM. Malapert et Morineau (de Poitiers). (*Commissaires :* MM. Devergie, Caventou, et Boudet, *rapporteur.*)

— Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Michel Lévy sur les candidatures à une place de membre associé national.

—

Propriétés désinfectantes d'un mélange de plâtre et de coaltar.

M. Renault (d'Alfort) : Le mélange du plâtre et du coaltar a été conseillé récemment par M. Corne pour la destruction des miasmes putrides d'origine animale. Un médecin distingué, M. le docteur Demeaux (de Puy-Lévêque), a reconnu le parti qu'on pourrait tirer de l'invention de M. Corne pour la désinfection des plaies et des surfaces traumatiques de mauvaise nature.

Pendant que le coaltar et le plâtre étaient expérimentés à la Charité dans les salles de M. le professeur Velpeau, je faisais aussi de mon côté, dans l'amphithéâtre d'Alfort, des essais de ce mélange.

J'ai expérimenté sur des débris d'animaux parvenus à différents degrés de putréfaction ; j'ai pris à dessein des fragments de divers organes, du foie, du pancréas, de l'intestin, du poumon, etc.

J'ai essayé comparativement avec le coaltar l'essence de térébenthine, la créosote et le goudron ; je les ai essayés tantôt isolément, tantôt mélangés avec du plâtre, suivant la méthode de M. Corne.

Il résulte de mes expériences :

1° Que toutes ces substances ont des propriétés désinfectantes, mais à des degrés divers ;

2° Que ces propriétés sont moins développées lorsque la substance pyrogénée ou balsamique est employée seule, que lorsqu'elle est mélangée avec le plâtre ;

3° Que le mélange de plâtre et de goudron désinfecte peut-être un peu mieux que celui de plâtre et de coaltar. Du moins il m'a semblé que l'odeur goudronneuse du premier mélange était moins désagréable à sentir que l'odeur bitumineuse du second.

— M. Gibert : Messieurs, jusqu'à présent on a fait ressortir bien plus les avantages du mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux au point de vue de l'emploi chirurgical, que sous le rapport hygiénique et social. Eh bien, je crois que c'est un tort. Il serait très utile, ce me semble, de voir quel parti on pourrait tirer de cette invention pour certains arts insalubres, et surtout pour la désinfection des fosses d'aisance. Si l'on parvient à démontrer l'efficacité du nouveau procédé dans les cas qui sont du ressort de l'hygiène publique, il n'est pas douteux qu'il faudra préférer, malgré l'avis de M. Renault, le coaltar, substance d'un vil prix, au goudron, qui est encore d'un prix assez élevé.

Dans les questions qui s'adressent aux grands intérêts publics, il n'est pas permis de négliger le côté économique. J'ai dit.

— M. Velpeau : M. Bouley, qui a fait aussi des expériences

sur le coaltar et le plâtre, ferait bien d'en faire connaître le résultat à l'Académie.

— M. Bouley : MM. Corne et Demeaux ont attribué au mélange du plâtre et du coaltar une grande puissance de désinfection. Des expériences nombreuses et variées ont été entreprises à Alfort pour vérifier la valeur de cette opinion. M. Renault vient de vous faire connaître le résultat de celles qu'il a exécutées; il vous a dit qu'il les avait faites sur des détritus d'animaux en putréfaction. Je vais exposer sommairement le résultat de mes recherches, qui ont été faites sur des surfaces traumatiques, sur des plaies de mauvaise apparence.

J'ai essayé le topique de MM. Corne et Demeaux sur des plaies de la glande parotide, sur des plaies du garrot, sur des plaies de la veine jugulaire, c'est-à-dire sur les blessures qui exhalent chez les animaux l'odeur la plus infecte : ces émanations repoussantes ont cessé à l'instant et ont fait place à une odeur bitumineuse très supportable. En un mot, l'application de la substance désinfectante a eu pour résultat immédiat de rendre très abordable un animal qui, surtout dans les conditions de température où nous nous trouvons, était, quelques moments auparavant, littéralement repoussant.

Je ne crois pas que ce mélange agisse, comme certaines personnes l'ont avancé, par une simple substitution d'odeur. Il s'opère assurément là un travail, une modification chimique spéciale, qui explique comment l'odeur disparaît promptement, non-seulement autour de l'animal malade, mais encore dans le vaste local où il est renfermé.

Je déclare donc que le moyen conseillé par MM. Corne et Demeaux jouit de propriétés désinfectantes parfaites; j'ajoute que, loin d'être nuisible à la cicatrisation des plaies, il m'a paru favoriser sensiblement le travail de réparation organique.

Y aurait-il avantage de substituer le goudron au coaltar, comme le voudrait M. Renault? Au point de vue de la sensation olfactive, c'est possible; mais au point de vue chirurgi-

cal, je ne le pense pas ; sous le rapport économique, M. Gibert vous a dit avec raison qu'il y aurait désavantage.

Jusqu'à nouvel ordre, je donne la préférence au mélange proposé par MM. Corne et Demeaux.

— M. Velpeau : Les expériences de MM. Renault et Bouley arrivent au même résultat; elles consacrent les propriétés désinfectantes du mélange de plâtre et de coaltar. Ce résultat est en tout conforme à ceux que j'ai moi-même obtenus à la Charité.

Les essais comparatifs dont M. Renault vient de nous parler avaient été faits aussi par MM. Corne et Demeaux. Ce n'est pas d'emblée que ces messieurs ont adopté le procédé qu'ils préconisent aujourd'hui ; ce n'est qu'après divers tâtonnements qu'ils se sont arrêtés au plâtre et au coaltar, et qu'ils ont fixé les proportions dans lesquelles devait s'opérer le mélange.

Je ne doute pas que cette invention ne puisse, comme l'a dit M. Gibert, rendre des services à l'hygiène et à la salubrité publiques. Je n'ai aucune expérience personnelle à ce sujet; mais, je le répète, les expériences que je poursuis depuis trois semaines à la Charité me permettent d'affirmer que le topique de MM. Corne et Demeaux est appelé à jouer un rôle important en chirurgie. Jusqu'à présent, je ne connais pas de meilleur mode de pansement pour les plaies de mauvaise nature. Le plâtre absorbe les liquides putrides à mesure qu'ils sont exhalés par la surface traumatique, en même temps que le coaltar détruit l'odeur infecte qui en émane.

Le mélange proposé par MM. Corne et Demeaux a donc fait déjà ses preuves. Avant d'en changer, il faut bien y réfléchir.

Il y a quelques jours, j'ai reçu de M. Roissard (de Marseille), une lettre dans laquelle il réclame la priorité de l'invention, et dit que depuis deux ans il avait inventé un produit identique, pour lequel il avait même pris un brevet en 1858. M. Roissard m'a expédié en même temps un échantillon de son mélange désinfectant, qui est composé de coaltar

aussi et de chaux hydraulique. J'en ai appliqué hier une couche sur un cancer ulcéré du sein. Il a fait tellement souffrir la malade que je n'ai pas été tenté de recommencer. La même malade supporte très bien le mélange de coaltar et de plâtre.

Quant à la substitution du goudron au coaltar proposée par M. Renault, je n'y trouve jusqu'ici aucun avantage bien sérieux. C'est une question de sensation olfactive, comme l'a dit M. Bouley. Si M. Renault préfère l'odeur du goudron à celle du bitume, j'avoue que j'aime autant l'une que l'autre.

Quoi qu'il en soit, les expériences de notre savant collègue prouvent, comme les nôtres, qu'on pourrait tirer un parti très avantageux du mélange de plâtre et de coaltar pour la désinfection des amphithéâtres et des salles de dissection.

J'ai insisté tout à l'heure sur les services que ce mélange rendait dans le pansement des plaies; toutefois, je ne puis admettre avec M. Demeaux que son emploi doive dispenser de l'usage de la charpie et qu'il puisse en tenir lieu dans aucun cas. J'ai dit aussi que ce mélange ne déterminait, en général, aucune douleur sur les surfaces traumatiques, et qu'il était bien supporté par les malades. Je dois faire une exception pour un jeune homme arrivé hier matin dans mon service, avec une brûlure de la jambe au second degré, et qui m'a assuré que le topique désinfectant l'avait fait souffrir *indignement*. C'est la première fois qu'un malade se plaint de ce topique, depuis le temps que je l'essaye dans mes salles.

— M. Renault : M. Velpeau n'a pas bien saisi le sens de mes paroles. Je ne me suis nullement posé en adversaire du coaltar; j'ai fait, au contraire, le plus grand cas de l'invention de MM. Corne et Demeaux; seulement j'ai dit qu'il me semblait que le goudron valait mieux encore, ce qu'il fallait établir par des expériences comparatives ultérieures.

— M. Robinet : Les personnes qui sont familières avec les sciences positives n'admettent pas trop facilement les faits nouveaux qu'on leur présente; elles les examinent, les dis-

cutent, voient s'ils sont compatibles avec les données de la science, et elles se défient de ceux dont l'explication ne saurait trop se comprendre.

MM. Velpeau et Bouley qualifient de désinfectant le mélange de plâtre et de coaltar. Mais je déclare qu'il est impossible que ce mélange produise la désinfection telle que l'entend la chimie. Une substance est dite désinfectante lorsqu'elle détruit le principe des odeurs, lorsqu'elle anéantit les miasmes putrides. Or, je le demande, le plâtre et le coaltar, isolés ou mélangés, sont-ils capables d'opérer cette destruction? Assurément non. Tout ce qu'ils peuvent faire, c'est d'absorber les liquides et les gaz putrides, c'est d'empêcher mécaniquement l'odeur de se dégager. A ce compte, ce seront, si vous le voulez, des désinfectants pour votre organe olfactif; mais, je le répète, ils ne sauraient être considérés comme tels au point de vue chimique.

Je ne prétends pas que l'idée de MM. Corne et Demeaux ne soit très bonne. Seulement, je crois qu'on va tout de suite trop loin, qu'on exagère l'importance de la découverte et les services qu'elle est capable de rendre. Voilà déjà qu'on en propose l'application en grand, comme si l'on avait entre les mains un agent certain de désinfection générale. Souvenez-vous, messieurs, que mille autres substances ont été proposées et vantées dans le même but, qu'elles ont été tour à tour adoptées et délaissées.

Je crois que beaucoup d'autres poudres que le plâtre et bien d'autres mélanges que le plâtre et le coaltar peuvent rendre des services analogues. Que ne demandait-on aux chimistes des poudres ou des mélanges désinfectants, il y a longtemps qu'ils en auraient pu donner autant qu'on en aurait voulu!

Je me résume en disant que le mélange de plâtre et de coaltar ne présente rien d'extraordinaire, et que, avant de le préconiser avec tant d'ardeur, il est sage de faire des réserves jusqu'à ce que le temps et l'expérience aient suffisamment démontré la supériorité de ce mélange sur les autres substances réputées désinfectantes.

— M. Guérard : La distinction établie par M. Robinet est très juste ; mais je crois néanmoins que certaines substances pyrogénées, comme le bitume, ont la propriété d'arrêter le mouvement de décomposition des matières putrides. On sait que Bayard a pu conserver longtemps de l'urine à laquelle il avait ajouté une certaine proportion de goudron. Dans ce cas, je ne puis admettre, comme M. Robinet, qu'il y ait une simple absorption des produits putrides par la matière pyrogénée; il y a véritablement désinfection. Nous ne savons pas, il est vrai, comment cela arrive ; mais le fait n'en est pas moins constant.

— M. Bouley : Notre collègue M. Robinet n'admet, dit-il, que ce qu'il comprend et ce qu'il peut bien expliquer. Je lui demanderai s'il comprend parfaitement et s'il peut bien expliquer comment il arrive que de l'électricité se développe dans le contact du cuivre et du zinc plongés dans une solution acide. Et, cependant, refuse-t-il d'admettre avec tous les physiciens et les chimistes qu'il s'opère, dans ces conditions, un dégagement d'électricité ?

M. Robinet distingue deux sortes de désinfection : la désinfection chimique et la désinfection que j'appellerai olfactive. La première est pour lui la seule véritable, l'autre n'est, à ses yeux, que factice; il condamne le mélange de plâtre et de coaltar parce qu'il ne produit que la désinfection olfactive. Mais n'est-ce donc rien que de pouvoir ainsi neutraliser, masquer une odeur repoussante ? Qu'importe le mécanisme suivant lequel s'accomplit le phénomène! Un malade est atteint d'une plaie infecte, qui répand autour de son lit une odeur si repoussante, qu'il faut être animé de la charité la plus chrétienne pour s'en approcher. On applique sur cette plaie le topique au coaltar : la mauvaise odeur disparaît entièrement. M. Robinet prétendra-t-il qu'une pareille désinfection ne vaut pas ce qu'il appelle la désinfection chimique?

Puis M. Robinet se fâche parce qu'on n'a pas demandé plus tôt aux chimistes quelque nouveau moyen désinfectant. Mais nous voulons bien que M. Robinet nous en indique un autre

que celui que nous préconisons. Qu'il en trouve un meilleur que le mélange de plâtre et de coaltar, et nous nous empresserons de l'adopter et de le préconiser.

— M. Velpeau : M. Robinet objecte que les faits que nous avançons ne peuvent pas s'expliquer chimiquement. Pour le moment, cela est vrai; mais comme ces faits sont très positifs, je ne doute pas qu'on ne parvienne bientôt à leur donner une interprétation satisfaisante.

La distinction établie par M. Robinet entre la désinfection chimique et la désinfection organoleptique a pour nous très peu d'importance. Comme vient de le dire M. Bouley, à nos yeux, une substance est désinfectante lorsque, par un mécanisme quelconque, elle fait cesser une mauvaise odeur. Tout ce que je puis dire, c'est que le mélange de plâtre et de coaltar détruit l'odeur autrement que par une simple substitution, car l'odeur de bitume donnée ensuite par le produit n'est point du tout en proportion du phénomène disparu.

M. Robinet prétend qu'il existe beaucoup d'autres désinfectants qui valent bien le mélange de plâtre et de coaltar. Pour moi, je n'en connais pas. Seraient-ce les composés du chlore? On sait que jusqu'à présent ce sont les substances les plus employées dans ce but. Mais elles ont deux inconvénients immenses : c'est de produire sur les plaies une irritation douloureuse, qui les rend insupportables aux malades; c'est, en second lieu, de donner naissance à une odeur presque aussi désagréable que celle qu'on cherche à neutraliser.

M. Robinet, enfin, ne croit pas qu'on puisse, avec le mélange du plâtre et du coaltar, désinfecter les fosses d'aisances. Je lui dirai que des expériences ont déjà été faites à ce sujet par une commission spéciale, et que le résultat a été très satisfaisant.

— M. Londe : Je me demande si le mélange dont il est question n'agirait pas plutôt en masquant simplement l'odeur qu'en la détruisant réellement?

— M. Robinet : On me fait dire beaucoup plus que je n'ai

dit. Je n'ai pas condamné la découverte de MM. Corne et Demeaux; j'ai dit que ce pouvait être une excellente idée, mais qu'il ne fallait pas trop se presser de l'exalter. J'ai déclaré qu'il était prudent de faire des réserves sur des faits dont on ne pouvait pas encore donner la raison scientifique. Cette recommandation de prudence n'est-elle pas juste, lorsqu'on songe au sort de la plupart des choses qui ont été vantées d'abord, puis abandonnées en médecine? Combien de remèdes, vous le savez, ont opéré des merveilles pendant un mois, deux mois, trois mois, et qui n'ont plus guéri personne dans la suite!

On me demande des poudres désinfectantes....

— M. Velpeau : Pour éviter à M. Robinet une trop longue énumération, je lui dirai qu'on a successivement essayé les chlorures, les sels de plomb, le goudron, la créosote, le charbon, la chaux, etc., et qu'on y a généralement renoncé depuis longtemps.

— M. Robinet : Pour la désinfection des vidanges et d'autres professions insalubres, on a essayé toutes les variétés de charbon, les terres de différente nature, la tourbe, les silicates, les sels de fer, et en particulier les carbonates, les cendres de toutes sortes, etc., etc. Je me borne à ces citations, qui prouveront à MM. Velpeau et Bouley que les poudres désinfectantes ne manquaient pas avant la découverte de M. Corne.

Ces messieurs ne comprennent pas bien la distinction que je fais entre un désinfectant et un absorbant. Elle est pourtant bien simple. Le chlore et ses composés ont la propriété très certaine de détruire, d'anéantir les miasmes organiques, qui sont la source de certaines odeurs; ce sont des désinfectants. Le coton cardé ou la charpie, placés sur une plaie, emprisonnent, retiennent momentanément les produits de la décomposition putride; ils opposent un obstacle passager à la diffusion des émanations nauséabondes; ce sont des absorbants : ainsi agit le plâtre. En outre, il y a des substances qui ont la propriété d'arrêter le travail de fermentation putride, ainsi agis-

sent les matières pyrogénées; mais ce ne sont pas non plus des désinfectants.

— M. Bouley : M. Robinet veut-il que je lui cite un fait qui établit victorieusement les propriétés désinfectantes du plâtre et du coaltar? Il y a six mois, j'ai mélangé ces deux substances avec des matières fécales humaines, et après avoir agité pendant cinq minutes, j'ai obtenu une matière terreuse assez consistante. Je l'ai enveloppée dans du papier et mise dans ma poche. J'ai voyagé ainsi en omnibus sans incommoder mes voisins; je suis arrivé chez M. Gobley, qui était sur le point de dîner; j'ai déposé le mélange mystérieux sur sa table; il l'a pris dans ses mains, il l'a flairé : il lui a trouvé une odeur sensiblement bitumineuse. Il m'a promis d'étudier ce produit, et il s'est mis à dîner sans scrupules. Cette fois, la désinfection n'était-elle pas complète, pour qu'un chimiste aussi exercé que M. Gobley n'ait perçu que l'odeur du bitume?

Je crains, en vérité, que M. Robinet ne se ressente pas un peu trop, dans cette discussion, de l'habitude qu'il a de tirer à canon rayé sur les inventeurs de remèdes.

— M. Velpeau : Sans doute M. Robinet a raison de faire main basse sur la plupart des inventeurs de recettes médicinales; mais il ne saurait montrer la même rigueur à l'égard d'une découverte dont l'importance et l'utilité sont déjà établies par des faits nombreux et constants.

— M. Michel Lévy demande à M. Velpeau dans quelle proportion se fait le mélange de plâtre et de coaltar, comment et dans quel cas doit s'appliquer spécialement ce topique.

— M. Velpeau : On mélange intimement avec 100 parties de plâtre une quantité de coaltar qui varie, suivant les indications, entre 1, 2, 3 parties et plus.

Ce mélange s'étale à la surface des plaies, soit en poudre, soit en pommade, incorporé alors à de l'huile ou à de l'axonge.

Son emploi est surtout indiqué dans les cas de plaies de

mauvaise apparence, fournissant une suppuration abondante et exhalant une odeur fétide et gangréneuse.

— M. Michel Lévy demande si ce mode de pansement peut convenir aux plaies d'amputation.

— M. Velpeau répond qu'il ne faudrait y recourir que si la surface traumatique revêtait les caractères précédemment décrits.

Mais il pense que ce mode de pansement pourrait être fort précieux pour les blessés de l'armée d'Italie; car les plaies reçues sur les champs de bataille sont généralement contuses, accompagnées de lambeaux, de délabrements, de trajets fistuleux, de clapiers purulents, toutes circonstances qui réclament impérieusement le bénéfice d'une prompte et sûre désinfection.

— M. Michel Lévy : Ce procédé n'a-t-il pas l'inconvénient d'exiger des pansements fréquemment renouvelés?

— M. Velpeau : Ce n'est pas le fait du procédé, mais celui de la nature de la plaie. Quel que soit le mode de pansement, il doit être souvent répété pour les plaies grangréneuses.

— M. Renault : Je dois réparer une omission. J'ai oublié de faire observer que, contrairement à ce qui a été avancé, l'emploi du topique de plâtre et de coaltar ne s'oppose pas au développement des asticots et ne prévient point l'éclosion des mouches carnassières.

— M. Devergie ne saurait admettre que la poudre de plâtre et de coaltar puisse produire, comme le prétend M. Velpeau, une absorption continue. L'absorption des produits putrides doit être momentanée et très limitée, car elle n'est plus possible sitôt que le plâtre de la première couche est solidifié.

— M. Bouley : M. Devergie a-t-il suivi les expériences de la Charité?

— M. Devergie déclare qu'il ne nie aucun des faits avancés par M. Velpeau et par M. Bouley; il conteste seulement l'explication qu'on en donne.

— M. Moreau affirme qu'il a pu s'assurer par lui-même que les plaies pansées avec la poudre de M. Corne ne répandaient plus aucune odeur fétide.

— La séance est levée à cinq heures.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Du dragonneau ou filaire de Médine, par M. le professeur J. Benoît.

Mémoire sur l'anatomie et la physiologie des osselets de l'oreille et de la membrame du tympan, par M. le docteur Bonnafont.

Sur les trombes de mer et sur une nouvelle théorie de ce phénomène, par le même auteur.

Ospizio di S. Benedetto in Pesaro. — Secondo rendiconto statistico, par M. Giuseppe Girolami.

La Revue médicale française et étrangère, 15 juillet.

Journal des vétérinaires du Midi. Juin.

Recueil de médecine vétérinaire. Juillet.

Journal de médecine de Bordeaux. Juillet.

Bulletin des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Juin.

Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure.

Annuaire de la Société météorologique de France.

La France médicale et pharmaceutique, n. 29.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 29 et 30.

Clinique européenne, journal international de médecine, n. 30 et 31.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 29 et 30.

Gazette médicale de Paris, n. 30 et 31.

L'Abeille médicale, n. 30 et 31.

L'Union médicale, n. 86 à 91.

Gazette des hôpitaux, n. 85 à 90.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 86 à 91.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, tome XLIX, n. 3 et 4.

Traité des frictions quiniques chez les enfants, par M. le docteur P. F. Sémanas.

Nouvel uréthrotome coupant à des profondeurs variables, d'arrière en

avant, et d'avant en arrière, sur conducteur, par M. le docteur Félix Bron.

Antiquités antédiluviennes, récemment trouvées en France et en Angleterre.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 15.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 30.

La Revue thérapeutique du Midi, 30 juillet.

Bulletin général de thérapeutique, 30 juillet.

Répertoire de pharmacie. Juillet.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 7.

Revue d'hydrologie française et étrangère, n. 3.

Tables de mortalité de la ville de Londres, volume XX, n. 25 à 29.

SÉANCE DU 9 AOUT 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes envoie l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. TARDIEU comme membre résidant.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les rapports de MM. les docteurs CHAPELAIN, GÉNIÈYS, NIVET et CHARMASSON DE PUYLAVAL, sur le service médical des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), Royat (Puy-de-Dôme) et Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

II. Un rapport de M. le docteur PALANCHON sur les épidémies qui ont régné dans le canton de Cuisery pendant le premier semestre de 1859. — Un rapport de M. le docteur YVAREN sur les épidémies qui ont régné en 1858 dans le département de Vaucluse. (*Commission des épidémies.*)

III. Les recettes et échantillons de divers remèdes contre la teigne, les dartres, les coupures, etc. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1858 dans les départements des Landes, de Seine-et-Oise, des Basses-Pyrénées, de l'Aude, de la Corse, de Seine-et-Marne et de l'Yonne. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. Paul Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, offre à l'Académie un buste de marbre du docteur Guersant, son père, ancien membre titulaire de la Compagnie. (Des remercîments seront adressés à M. P. Guersant au nom de l'Académie.)

II. M. le docteur Loiseau signale à l'Académie les bons effets du tannin et du quinquina comme désinfectants, surtout dans les cas d'angines couenneuses et de croup. (*Renvoi* à M. Trousseau.)

III. M. Mathieu soumet à l'examen de la Compagnie une modification qu'il a apportée, d'après les indications de M. Béhier, à la petite seringue de Pravaz, dont M. Béhier se sert pour pratiquer des injections médicamenteuses sous-cutanées.

M. Gavarret présente, au nom de l'inventeur, M. Rumkorf, un nouvel appareil de faradisation qui offre l'avantage d'être portatif, peu coûteux, de ne pas exiger l'emploi des acides, et conséquemment de ne dégager aucun gaz d'une odeur désagréable.

Le bureau invite M. Gavarret à faire à l'Académie un rapport plus étendu sur cet appareil.

M. Malgaigne propose une modification au procédé habituel de la trachéotomie, destinée surtout à remédier aux hémorrhagies. Après avoir disséqué avec soin, couche par couche, tous les tissus superposés à la trachée, en comprenant dans cette dissection la gaîne celluleuse dans laquelle la trachée joue comme les artères dans leur gaîne propre, M. Malgaigne porte de chaque côté de la trachée, ainsi mise à nu, les crochets mousses qui, comprimant les vaisseaux entre cette couche profonde et la peau, arrêtent immédiatement l'hémorrhagie.

Discussion sur les désinfectants.

M. Renault rend compte des nouvelles expériences qu'il a faites depuis la dernière séance sur les substances désinfectantes. Il a essayé de désinfecter les matières fécales avec un mélange de coaltar et d'argile. Les bons résultats qu'il a obtenus l'engagent à proposer de substituer cette dernière substance au plâtre dans la poudre de MM. Corne et Demeaux. L'argile a sur le plâtre le double avantage de se trouver partout et de se vendre à vil prix.

— M. Chevallier craint qu'en employant l'argile, on n'obtienne pas d'engrais aussi convenables qu'avec le plâtre.

— M. Desportes expose quelques raisons pour démontrer qu'il y aurait, au contraire, un avantage immense à préférer l'argile au plâtre.

— M. Chatin pense que l'argile jouit de propriétés absorbantes plus actives que le plâtre; d'une manière absolue, la première substance serait donc préférable à la seconde; mais, au point de vue de l'agriculture, il n'est pas indifférent de se servir de l'une ou de l'autre matière. Les matières fécales désinfectées avec le plâtre conviendront comme engrais aux terres argileuses, tandis que les engrais où entre l'argile devront être employés pour les terres calcaires.

— M. Ferrus. Je me suis beaucoup occupé de la question des désinfectants dans les prisons et les maisons de santé que j'étais chargé d'inspecter. Après avoir vu employer et échouer successivement tous les procédés, je m'en suis tenu au moins défectueux, qui consiste à recevoir les matières fécales dans des tinettes ou fosses mobiles, qu'on enlève chaque soir, et qu'on va vider le plus loin possible de l'établissement.

A une certaine époque, on a fait grand bruit des aqueducs, qui, en traversant à grand courant les réservoirs des matières fécales, devaient les balayer et les emporter d'une manière continuelle. J'ai assisté à des expériences de ce genre; j'ai vu des moyens semblables parfaitement installés, particulière-

ment dans la Maison centrale de Lyon ; toujours je les ai vus échouer : les matières fécales s'arrêtent en chemin, forment des dépôts qui se durcissent, qui incrustent, qui engorgent les tuyaux, et le courant d'eau passe par-dessus sans rien emporter.

— M. CHEVALLIER croit que la question pendante intéresse à un si haut point la salubrité publique, que la section d'hygiène devrait en être solennellement saisie.

RAPPORTS.

Sur des modifications apportées au stéthoscope ordinaire, par le docteur PITTA. (*Commissaires :* MM. Depaul et de Kergaradec, *rapporteur*.)

Messieurs, dans votre séance du 12 juillet dernier, vous nous avez chargés, M. Depaul et moi, de vous faire un rapport sur une communication de M. le docteur Pitta, médecin de Madère, ayant pour objet des modifications apportées par notre confrère aux stéthoscopes dont on se sert le plus ordinairement. Nous venons aujourd'hui remplir la mission que vous nous avez confiée.

L'auscultation médicale est un fait irrévocablement acquis désormais à la science; la pratique en est généralement admise, et il est bien peu de médecins éclairés qui consentent à se priver des ressources que leur offre ce puissant moyen de diagnostic pour étudier et connaître certains phénomènes d'acoustique dont nos organes les plus intérieurs sont le siége.

Il serait donc parfaitement superflu de s'attacher à développer devant vous la haute utilité de l'auscultation appliquée à la médecine; ce serait, pour nous servir d'une locution familière, ce serait prêcher des convertis.

Mais si tous les médecins sont unanimes pour reconnaître et proclamer l'excellence, au fond, de la découverte de notre bon et illustre Laennec, le même accord, malheureusement,

est loin de se rencontrer parmi eux sur la manière de l'appliquer : les uns ont recours à l'*auscultation immédiate*, c'est-à-dire qu'ils se servent de l'oreille placée directement sur la région qu'il s'agit d'explorer ; les autres emploient un instrument intermédiaire appelé stéthoscope. C'est là l'*auscultation médiate*, celle que Laënnec recommandait très particulièrement aux médecins ses confrères.

Or, messieurs, le premier de ces procédés tend de plus en plus, chaque jour, à prévaloir sur le second, à ce point que l'on pourrait craindre de voir, à une époque plus ou moins rapprochée, l'emploi de l'instrument disparaître à peu près complétement de la pratique médicale.

La préférence, regrettable selon nous, donnée à l'auscultation immédiate, on l'appuie sur des raisons plus ou moins plausibles : 1° l'application directe de l'oreille, dit-on, est plus commode que celle du stéthoscope; 2° cette dernière exige une grande habitude, laquelle ne s'acquiert qu'au prix d'un travail long, pénible, souvent très fastidieux ; 3° enfin les notions diagnostiques fournies par l'auscultation immédiate sont tout aussi sûres que celles qu'on obtient à l'aide de l'instrument. Quelquefois même, ajoute-t-on, l'oreille de l'observateur perçoit directement ou perçoit avec plus de force des sons que l'instrument ne transmet pas, du moins avec une égale intensité.

Que l'application directe de l'oreille soit plus commode, c'est ce que nous n'essayerons pas de contester. Mais un tel motif de préférence ne pourrait valoir qu'autant que, par ailleurs, le procédé serait applicable dans tous les cas ; qu'autant qu'il serait toujours égal en sûreté de diagnostic à la méthode qu'on paraît vouloir lui sacrifier. Or, nous verrons bientôt ce qu'il en faut penser.

Le second motif allégué est bien moins recevable encore que le premier. Il ne tend à rien moins, en effet, qu'à encourager et à justifier, en quelque sorte, la négligence du jeune homme qui entreprend l'étude de la plus belle des sciences, qui aspire à l'exercice de la plus noble et de la plus indépendante, mais aussi de la plus difficile des professions, de celle

qui engage, au plus haut degré, la responsabilité morale, la conscience de l'homme.

Ceci rappelle à votre rapporteur les mémorables et effrayantes paroles prononcées un jour par le professeur Pelletan à son cours de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu : « Messieurs, s'écria-t-il, ne le perdez pas de vue ; il est bien » difficile (il disait impossible) d'être médecin médiocre et » honnête homme ! »

L'initiation à notre art, messieurs, est chose très sérieuse. On doit s'y préparer par de longs et pénibles labeurs. Mauvaise, très certainement, serait l'excuse de celui qui prétendrait justifier son ignorance d'un point essentiel de la science en alléguant la difficulté de son étude. Les affections des organes de la poitrine, objet le plus fréquent des explorations stéthoscopiques, sont nombreuses, fréquentes, et trop souvent d'une effrayante gravité. On ne saurait apporter trop de soin et de persévérance à acquérir la connaissance et l'habitude des moyens propres à en faire découvrir de bonne heure l'invasion, à en suivre, pour ainsi dire pas à pas, les progrès ou la décroissance. Cela vaut bien qu'on se donne quelque peine pour se rendre habile sur un procédé aussi important. Et après tout, messieurs, les ennuis de cette étude spéciale constitueraient-ils donc un labeur stérile pour celui qui la poursuit avec l'énergie qu'elle exige peut-être? Oh! non. Il en recevra la juste et abondante rémunération dans tout le cours de sa carrière médicale. Chaque jour de sa pratique fournira à son oreille exercée l'occasion d'appliquer utilement une expérience péniblement acquise, et la sûreté de son diagnostic le dédommagera amplement, dans une foule de cas, du fastidieux, mais très fructueux travail devant lequel son courage n'aura pas faibli.

En troisième lieu, est-il vrai que les notions fournies par l'auscultation immédiate soient, dans toutes les circonstances, aussi sûres que celles qu'on retire de l'apposition du stéthoscope?

S'il ne s'agit que de constater l'existence d'une affection de poitrine de quelque étendue, ou d'un phénomène sonore

occupant une large surface de la cavité thoracique, on pourra, sans doute, soutenir l'égalité de mérite des deux méthodes; mais toutes les fois que le médecin aura quelque intérêt à établir avec une exactitude plus rigoureuse le point précis ou le siége principal de l'affection morbide, afin d'appliquer sur le mal ou le plus près possible du mal les remèdes externes, tels que ventouses, scarifications, vésicatoires, cautères, etc., nous croyons que toute égalité de mérite disparaîtra. Le son morbide étant perçu par tous les points de la surface d'un côté de la tête de l'observateur, il deviendra difficile à celui-ci d'arriver à la précision qu'il désire. Le stéthoscope, à raison du faible diamètre de son pavillon, pourra seul la lui procurer.

Il en sera de même de l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse. Ici nous omettrons les détails pour abréger ce rapport. On les trouvera développés par l'un de nous, M. le docteur Depaul, dans son *Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale*, page 145 et suivantes.

Est-il vrai encore que l'auscultation immédiate soit praticable dans tous les cas où l'étude des phénomènes sonores des cavités splanchniques est jugée nécessaire?

Il est dans certaines régions du corps, au thorax en particulier, des points d'un accès incommode, difficile, impossible quelquefois à l'oreille nue. Il en est du moins qui ne se prêtent pas à l'application exacte et entière de l'organe externe de l'audition. Or, il est facile de comprendre que là où le contact de l'oreille avec la surface à explorer n'est pas complet, la transmission du son est elle-même incomplète ou nulle, et que, par suite, les appréciations à en déduire sont nécessairement très incertaines.

D'autres raisons encore peuvent rendre difficilement praticable, ou même tout à fait impraticable, l'application immédiate de l'oreille sur les régions à explorer.

Raison de convenance ou de décence : bien des femmes, et surtout des jeunes filles, par un sentiment de pudeur très respectable, ne se prêtent à ce mode d'exploration qu'avec une extrême répugnance; plusieurs s'y refusent absolument, surtout lorsqu'il s'agit d'opérer sur le nu.

Raison d'humanité : la pression de la tête sur des plaies de vésicatoires ou sur des surfaces ulcérées y occasionnerait une souffrance inutile, que l'application moins étendue ou plus légère du stéthoscope ne produirait pas, du moins au même degré.

Raison de propreté : dans telle classe de la société, la négligence de tout soin de propreté; dans telle maladie, l'odeur exhalée par le sujet, les sueurs abondantes, les exsudations fournies par des exanthèmes ou par des surfaces ulcérées, peuvent occasionner, et occasionneraient souvent à l'explorateur un profond dégoût, dont il est naturel qu'il cherche à s'affranchir.

Raison de salubrité personnelle : si l'on est habitué à rencontrer dans l'homme de l'art une telle abnégation de lui-même, poussée souvent jusqu'à l'héroïsme, lorsqu'il y va du salut du malade, que le public n'y arrête pas même un moment sa pensée, encore serait-il profondément absurde d'exiger de lui qu'il exposât sa propre santé sans aucun avantage pour son client. Chez les sujets affectés de maladies contagieuses, par exemple, le médecin ne devra-t-il pas, très naturellement, préférer le stéthoscope à l'application de l'oreille nue, qui rendrait beaucoup plus facile la communication du mal?

Dans les diverses circonstances que nous venons d'énumérer, l'homme de l'art peu exercé à la pratique de l'auscultation médiate, obligé pourtant d'y recourir, n'y trouvera plus qu'un moyen de diagnostic insuffisant et très peu sûr, le tout au grand détriment des malades.

Enfin les partisans de l'auscultation immédiate vont jusqu'à prétendre que des sons transmis très distinctement à l'oreille directement appliquée, ont échappé quelquefois à l'oreille armée du stéthoscope.

Ces faits, très exceptionnels, croyons-nous, doivent se présenter surtout au praticien peu habitué aux explorations stéthoscopiques. Ils auront donc le plus ordinairement pour cause précisément l'abandon regrettable, trop général aujourd'hui, d'un instrument si précieux incontestablement, et

si utile entre des mains habiles à s'en servir ; et, après tout, nous pourrions opposer aux faits allégués par les partisans de l'auscultation directe des cas bien plus nombreux où le contraire a été observé.

Vous remarquerez, au surplus, messieurs, que nous ne voulons pas faire ici le procès à l'auscultation immédiate; que nous ne prétendons, en aucune manière, frapper ce procédé d'ostracisme.

Nous disons seulement que, partout où les deux méthodes sont également applicables, le stéthoscope rend pour le moins autant de services que l'oreille nue; nous ajoutons que l'instrument est plus compréhensif dans ses applications; qu'il conserve toute son utilité dans bien des cas où l'application directe de l'oreille devient insuffisante ou cesse d'être praticable. Voilà pourquoi nous insistons fortement sur la nécessité de maintenir à l'instrument le haut rang qui lui a été assigné dès l'origine parmi les moyens de diagnostic les plus puissants.

Gardez-vous de croire, messieurs, que la discussion dans laquelle nous sommes entrés soit une sorte de hors-d'œuvre roulant sur une question tout à fait étrangère au sujet de ce rapport.

Pour se faire une juste idée de la valeur des modifications apportées à un procédé quelconque, il ne saurait être inutile et sans intérêt de s'assurer d'abord de la valeur du procédé en lui-même et des principes sur lesquels il repose, d'examiner s'il mérite réellement qu'on s'occupe de le perfectionner.

C'est là ce qui nous a entraîné, comme nécessairement, dans la comparaison des deux méthodes entre lesquelles se partage, en ce moment, le corps des praticiens français; nous disons français, car il paraît que nos confrères de l'étranger sont restés généralement plus fidèles que nous aux enseignements de l'illustre inventeur de l'auscultation médiate.

Quoi qu'il en soit, messieurs, les observations qui précèdent nous paraissent légitimer la conclusion suivante :

Loin de négliger, dans la pratique, l'emploi du stéthoscope, il importe extrêmement aux médecins de s'y rendre le

plus habiles possible. Tous leurs efforts doivent tendre à en répandre l'usage, à déterminer le degré de confiance à accorder aux notions diagnostiques qu'il fournit à l'observateur, à rendre enfin l'instrument plus exact et plus sûr dans ses données, et applicable à un plus grand nombre de cas.

C'est dans cette voie éminemment utile qu'est entré l'auteur de la communication soumise à notre examen.

Médecin en chef d'un hôpital fondé à Madère par les soins de S. M. l'Impératrice du Brésil, tout spécialement pour le traitement des maladies de poitrine, M. le docteur Pitta, dans les nombreuses explorations stéthoscopiques qu'il pratique journellement, n'a que trop souvent à constater l'incommodité, l'insuffisance quelquefois, et par suite l'incertitude de l'auscultation, soit médiate, soit directe.

C'est surtout dans les régions profondes du thorax, comme sous l'aisselle, ou sur les surfaces inégales, comme dans les fosses sus-claviculaires, sous-claviculaires, sus-épineuses, et même les espaces intercostaux, chez les personnes amaigries par la maladie, c'est dans ces régions que notre confrère rencontre principalement des obstacles à la bonne application du stéthoscope ordinaire. Là, en effet, il arrive rarement que l'instrument s'adapte, dans tous les points de son pourtour, aux inégalités de la surface explorée. Il en résulte, on le conçoit, une certaine difficulté à la transmission exacte des bruits pectoraux. La justesse de la perception et la sûreté du diagnostic peuvent en être plus ou moins compromises.

Frappé de ces inconvénients, M. le docteur Pitta a voulu y porter remède.

Prenant pour point de départ le stéthoscope de notre collègue Piorry, il en amincit les parois et en diminue le diamètre extérieur jusqu'à 12 millimètres. Il rétrécit également un peu le conduit intérieur, qui ne dépasse pas 6 millimètres de lumière. La longueur totale de son instrument est de 17 centimètres. Ces changements ont pour objet de rendre le nouveau stéthoscope plus léger et plus portatif, sans inconvénient pour l'effet acoustique.

Un tel avantage serait ici assez insignifiant par lui-même.

En effet, le stéthoscope de Piorry n'est réellement ni beaucoup plus pesant, ni beaucoup moins portatif que l'instrument de notre confrère de Madère.

Mais ce qui va plus directement au but véritablement pratique que le médecin portugais avait en vue, c'est la transformation du pavillon circulaire du stéthoscope usuel en une ellipse dont le grand diamètre mesure 4 centimètres, et le petit diamètre 2 centimètres seulement. Dans ses dimensions restreintes, le nouveau pavillon doit s'adapter facilement, et sur tous les points de sa circonférence, aux inégalités de la surface du thorax; de là la transmission plus fidèle des bruits pectoraux à l'oreille de l'explorateur. Vos commissaires, messieurs, ont vérifié sur ce point, par eux-mêmes, la vérité des assertions du docteur Pitta.

La plaque circulaire de l'instrument, d'un diamètre de 5 centimètres, conserve la forme circulaire. Le centre en est excavé, un peu trop excavé peut-être, car il se pourrait que l'air retenu dans cet enfoncement vînt mêler son bourdonnement ou son bouillonnement aux bruits thoraciques transmis à l'oreille, et altérer la pureté de leur perception.

Au surplus, cette légère imperfection, si c'en est une, peut facilement se réparer.

L'instrument que nous décrivons est tout entier d'un seul morceau, et de ce bois tendre, léger, perméable aux sons qui entre dans la construction des stéthoscopes ordinaires.

Il nous reste, messieurs, à vous faire connaître notre opinion sur le mérite de la communication du docteur Pitta. Pour former notre jugement à cet égard, nous avons appliqué le nouvel instrument sur des sujets sains et sur des malades; nous avons, en outre, prié plusieurs de nos honorables collègues de l'essayer et de le faire essayer à leur clinique.

Au point de vue de l'acoustique, nous sommes resté convaincu personnellement de la réalité des qualités que lui attribue son auteur; il nous a paru transmettre les sons et les bruits pectoraux avec autant de facilité que les anciens stéthoscopes. Nous croyons que l'appréciation de nos confrères des hôpitaux ne diffère pas de la nôtre.

Au point de vue clinique, la forme elliptique et les faibles

dimensions de son extrémité thoracique permettent, comme nous l'avons déjà fait remarquer, d'adapter exactement le nouveau stéthoscope aux parties les plus inégales des parois de la poitrine, principalement dans les fosses sus et sous-claviculaires et sus-épineuses. Or, ces régions sont, en général, chacun le sait, les points où se manifeste d'abord l'éruption tuberculeuse; il est donc d'un grand intéret pour le médecin de pouvoir y faire des recherches stéthoscopiques sur le résultat desquelles il ait lieu de compter.

D'un autre côté, à raison même de l'exiguïté de son pavillon, l'instrument, promené successivement sur divers points de la surface correspondant à la région malade, fera souvent connaître à l'observateur le siége principal et la nature de l'affection, ses limites, ses progrès ou sa décadence.

A tous égards donc les modifications apportées au stéthoscope par le docteur Pitta nous paraissent mériter l'approbation de la Compagnie, et nous faisons des vœux pour que l'emploi du nouvel instrument se répande parmi les praticiens.

En conséquence, messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer : 1° de déposer le stéthoscope modifié dans les collections de l'Académie; 2° d'adresser des remercîments à l'auteur; 3° de renvoyer le mémoire à la commission chargée de présenter des candidats aux places de correspondants étrangers.

— M. Bouillaud dit qu'il a eu l'occasion de se servir du stéthoscope de M. Pitta et lui reconnaît quelques avantages.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

Discussion du rapport de M. Gibert, par M. Bouillaud.

I. Messieurs, j'ai demandé la parole par un double motif :

Le premier de ces motifs, c'est l'importance même du sujet sur lequel M. Gibert nous a fait un remarquable rapport. Cette importance ne sera contestée par personne, assurément, puisqu'il ne s'agit de rien moins que de déterminer la relation qui peut exister entre la connaissance des maladies et l'ad

ministration des moyens ou agents de la thérapeutique, entre la *nature* des maladies et celle des agents thérapeutiques; que de poser, en quelque sorte, les vrais fondements, les principes, la constitution, et, si j'ose le dire, l'un des articles capitaux de la charte de la thérapeutique.

Le second motif qui m'a fait monter à cette tribune, c'est que, dans le rapport de notre savant collègue, ainsi que dans le mémoire de M. Renouard, on trouve des principes et des doctrines diamétralement opposés à certains principes et à certaines doctrines que j'ai développés et soutenus dans un rapport encore bien récent sur un travail de M. le docteur Le Calvé, relatif au traitement du rhumatisme et de la goutte. Or, comme mon rapport a été adopté sans aucune objection (*nemine contradicente*) sous le point de vue des principes et des doctrines, il m'a paru quelque peu singulier de voir l'Académie accepter, sans aucune objection non plus, des principes et des doctrines diamétralement opposés à ceux dont je m'étais constitué le défenseur. C'était faire acte d'un véritable excès d'*indifférence* en matière de thérapeutique, je n'ose dire de religion médicale. Certes, une telle indifférence ne serait pas aujourd'hui et désormais une chose peu grave. En effet, si quelque autre Lamennais, suffisamment informé et bien compétent, faisait paraître un traité complet sur ce genre d'indifférence, il ne lui serait pas difficile de *prouver* que cette indifférence pourrait coûter chaque année la vie à des milliers de malades.

J'avais donc, on le voit, des raisons particulières pour ne pas laisser passer le rapport de notre collègue, M. Gibert, vierge, pour ainsi dire, de toute discussion. J'ai néanmoins regretté qu'un autre que moi ne demandât pas la parole, et ce n'est qu'au moment où M. le président, voyant que nul ne répondait à sa question : *Quelqu'un demande-t-il la parole?* que je me suis décidé à la réclamer, et à prier l'Académie d'ajourner son vote jusqu'au moment où j'aurais pris connaissance du mémoire de M. Renouard sur les doctrines médicales, me proposant, s'il y avait lieu, après cette lecture, de présenter quelques réflexions sur ce travail et le rapport de M. Gibert. L'Académie voulut bien accueillir ma proposition.

Je puis parler maintenant en toute connaissance de cause, car j'ai lu le mémoire de M. le docteur Renouard, et je m'empresse de déclarer que, tout en condamnant les doctrines et les principes fondamentaux de notre confrère, j'ai lu cependant avec un véritable intérêt son mémoire, lequel n'est pas l'œuvre d'un esprit vulgaire. M. le docteur Renouard, avec un empressement et une gracieuseté dont je le remercie, est venu m'apporter lui-même son mémoire. Je l'ai prié de venir me revoir dans quelques jours, afin de causer confraternellement avec lui sur son travail, une fois que je l'aurais bien lu. Cette conversation a eu lieu, messieurs, mais je ne vous en rendrai pas compte, puisque le discours que je vais avoir l'honneur de prononcer devant vous en sera, sous les rapports essentiels, la fidèle reproduction et comme la *photographie*.

Ce qui précède me fait une obligation de rappeler à l'Académie les principes que j'ai soutenus dans le rapport récent dont il vient d'être question. En voici le résumé :

1° Dans l'ensemble des opérations intellectuelles nécessaires à la construction de l'édifice thérapeutique, la première de toutes, celle sans laquelle les autres seraient comme non avenues, c'est, la maladie étant donnée, l'*invention* du remède. Cette opération suppose une faculté intellectuelle spéciale, vraiment supérieure, qui, portée à son plus haut degré de développement, est connue sous le nom de *génie inventif*. C'est à ce génie, l'un des plus beaux dons du Créateur, que toutes les sciences et tous les arts doivent, en dernière analyse, et leur origine et leurs progrès.

2° Il y a entre la notion claire et distincte d'une maladie et son traitement une connexion tellement intime, un rapport logique tellement essentiel à la fois et évident, que la première étant donnée, l'idée ou la conception du remède en découle comme une sorte de corollaire, *et réciproquement*. De là cette proposition si célèbre du père de la médecine : *Naturam morborum ostendunt curationes*, proposition qui a pour corollaire celle-ci et réciproquement encore : *Curationes ostendit morborum natura*. En d'autres termes, les divers éléments constitutifs *connus* des maladies sont le principe, la source, la base des *indications curatives rationnelles*.

3° Cette autre proposition d'Hippocrate (1) : *Contraria contrariis curantur*, constitue un *principe*, un *axiome* qui domine la thérapeutique tout entière, et dont la nomenclature même des médications, des médicaments, consacre, en quelque sorte, depuis des siècles, la vérité incontestée.

4° Comme rien n'est plus facile, et malheureusement plus fréquent que de se tromper dans la solution de ce double problème, l'un de Pinel, l'autre de Pitcairn : une maladie étant donnée, trouver la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique? une maladie étant donnée, trouver le remède? comme rien n'est plus facile, disons-nous, que de se tromper dans la solution de ce double problème, qui, au fond, n'en constitue qu'un seul (le problème de la maladie considérée sous le double rapport de sa connaissance et de son traitement), toute médication, une fois *trouvée*, doit être soumise au *criterium*, à la *pierre de touche*, au contrôle de la saine et *exacte* expérience (2) : *Clinica clinice demonstranda.*

Tous les principes que je viens de rappeler ont été, comme on va le voir, combattus dans le mémoire de M. Renouard (j'en excepte celui qui regarde l'expérience), et M. Gibert ne nous a rien dit, dans son rapport, qui puisse nous autoriser à croire qu'il ne partage pas, je ne sais jusqu'à quel degré, la doctrine de M. Renouard, d'autant plus qu'en proposant de renvoyer le mémoire au comité de publication, il lui a décerné un honneur qu'on n'accorde guère aux travaux dont on n'approuve pas les principes.

II. Mais hâtons-nous de faire connaître, enfin, d'une manière plus explicite que n'a cru devoir le faire M. le rapporteur, et le prétendu système de M. Renouard, et le jugement que notre confrère porte sur les systèmes antérieurs dont il

(1) Cette proposition se trouve également dans Galien.

(2) J'ajoutais, dans le rapport, que la saine expérience en matière de thérapeutique est celle qui se compose de faits bien observés, bien détaillés, bien interprétés, bien catégorisés, *bien comptés*, et en nombre suffisant pour que leurs résultats puissent être érigés en *lois* ou en *principes*.

s'est occupé. Chemin faisant, nous combattrons les assertions qui nous paraîtront contraires à la vérité, et nous défendrons les principes et les doctrines que nous avons mis tout à l'heure sous les yeux de l'Académie.

L'auteur du mémoire commence par déclarer qu'il faut au praticien des principes et une profession de foi médicale. Sans doute, répondrons-nous. Pourquoi donc, et comme pour donner un démenti à votre précepte, attaquez-vous toutes les professions de foi médicale, et ne les remplacez-vous par aucune autre?

On a beau vouloir écarter les discussions de principes, poursuivez-vous, elles renaissent à tout propos, elles se représentent sans cesse, elles nous assiégent, nous ne pouvons les éviter. Cela est encore très vrai. Pourquoi donc alors attaquer tous les principes jusqu'ici posés, et n'en proposez-vous pas de nouveaux?

Votre mémoire, dites-vous, est consacré à la recherche et au développement d'un principe thérapeutique tellement évident, que personne ne lui refuse son adhésion, tellement simple, qu'il est à la portée des intelligences les moins cultivées, tellement extensible, qu'il embrasse toutes les opérations de la médecine dans tous les temps et dans tous les lieux, principe auquel on peut rattacher toutes les branches de l'encyclopédie médicale par un enchaînement *logique*. Si ce principe existe, dit l'auteur, nul doute que sur un tel fondement on ne puisse élever d'une manière rigoureusement *rationnelle* l'édifice scientifique de la médecine.

La pathologie étant une branche de l'encyclopédie médicale à laquelle, de votre aveu, on a demandé, dans tous les temps, un principe fondamental, une règle universelle de thérapeutique, vous commencez, avec raison, par examiner ce qu'on en a déduit jusqu'ici et ce qu'on pourrait en déduire encore.

M. Renouard passe en revue, à ce sujet, successivement le *vitalisme* et l'*organicisme*, lesquels, dit-il, sont les deux doctrines principales qui se disputent l'honneur d'établir sur cette base une règle générale de traitement. Il partage en deux sectes le vitalisme, savoir : la secte *animique* ou *mono-*

dynamique et la secte *duo-dynamique*. Mais la manière de concevoir la maladie et sa guérison, ainsi que le rôle du médecin, étant identique, au fond, dans ces deux sectes, l'auteur déclare qu'il les confondra, dans la suite de son travail, sous le titre de *vitalisme hippocratique* ou de *néo-hippocratisme*, pour les distinguer du *vitalisme organique* et de l'*hippocratisme* ancien.

III. Voici le jugement de M. Renouard sur le *néo-hippocratisme :*

Il affirme que, pour quiconque a observé sans prévention un bon nombre de maladies, 1° la conception de l'hippocratisme moderne est très incomplète, insuffisante ; 2° que sous le rapport thérapeutique la formule du néo-hippocratisme n'est pas moins incomplète, insuffisante, et qu'elle est de plus *antiprogressive ;* que le dogme de la nature médicatrice, érigé en principe de thérapeutique, est la négation pure et simple de l'art, si on l'interprète rigoureusement, et qu'interprété selon les restrictions habituelles des hippocratistes, il ne signifie absolument rien, il ne résout aucune difficulté ; que ce dogme est *antiprogressif*, puisque, si l'on s'en était tenu strictement à cette considération, la science n'aurait jamais fait la conquête des médications spécifiques, ni d'une foule de procédés opératoires admirablement efficaces, conquête si glorieuse pour elle et si heureuse pour le soulagement des malades ; le néo-hippocratisme, en un mot, aurait réduit le médecin, comme l'a dit malicieusement Asclépiade, à une pure méditation sur la mort.

Tel est, en abrégé, l'éloge peu flatté, et peu flatteur peut-être, de l'hippocratisme à deux têtes, c'est-à-dire de l'hippocratisme ancien et de l'hippocratisme moderne réunis. Tel est l'éloge que M. Gibert nous propose de publier dans nos mémoires *ad majorem gloriam divi Hippocratis* et de ses disciples, tant anciens que nouveaux. De la part d'un hippocratiste tel que lui, cela n'est pas médiocrement méritoire, édifiant et chrétien. Notre savant et digne collègue a rarement fait preuve d'une plus insigne tolérance.

Il ne m'appartient guère de prendre le parti des hippocratistes, et de les défendre contre M. Renouard. En effet, je ne suis pas de ceux qui jurent sur la parole des maîtres, même quand ils portent les noms d'Hippocrate, de Galien, de Sydenham, de Bichat, de Broussais ou de Barthez, etc., etc. Nul de ces grands maîtres n'ayant composé un code médical qui ne laisse rien à redire, je n'accepte leurs œuvres que sous toutes réserves, et, pour ainsi dire, sous bénéfice d'inventaire. Mais qu'ils soient anciens ou modernes, de l'ancien ou du nouveau monde, je me sens toujours heureux de leur payer le juste tribut d'hommages qui leur est dû pour les vérités dont ils ont enrichi la médecine. Il est beau de dire, avec Plenck : « Liberam medicinam profiteor : nec a novis, nec ab antiquis sum ; sed utrosque, ubi veritatem colunt, sequor. »

Je me suis appliqué, dans tous mes travaux, à mettre en pratique cette sage maxime, tout en m'efforçant, dans la faible mesure de mes moyens, d'ajouter quelque chose au trésor de connaissances que nous ont légué nos prédécesseurs.

IV. Après le vitalisme vient le tour de l'organicisme, que M. Renouard ne ménage pas non plus. Là, M. Renouard nous fait l'honneur de nous prendre à partie. Il commence par une erreur, que je lui pardonne volontiers, mais qui n'en est pas moins assez grave, en me plaçant parmi ceux qui ne s'occupent que de l'altération *matérielle* ou *fonctionnelle* des organes, classement d'ailleurs contradictoire à un passage de l'auteur, où il déclare, à ses risques et périls, que l'*organicisme* n'exclut ni la *force*, ni la *réaction vitale* (1).

Cela posé, il ajoute que les organiciens prétendent déduire leurs modes de traitement de la notion de la *lésion primitive*, qui constitue pour eux la nature ou l'essence de la maladie. Il reconnaît toutefois qu'ils ne font pas difficulté d'avouer

(1) M. Renouard ne saurait ignorer que, dans une discussion précédente, j'ai démontré, sans réplique, que les *organiciens* étaient vitalistes, à leur manière, et que, par conséquent, on avait tort de les opposer d'une manière *absolue* aux *vitalistes* proprement dits.

qu'il ne nous est pas toujours donné de remonter à la lésion organique primitive d'une maladie, et pour preuve il rapporte le passage suivant de notre *Essai sur la philosophie médicale :* « Le problème de la *nature intime* des maladies se rattache intimement à celui de la connaissance de la nature et du mécanisme des causes pathogéniques. Or, s'il est malheureusement vrai que, dans l'état actuel de la science, le mécanisme d'un bon nombre de causes soit enveloppé des plus épaisses ténèbres, il s'ensuit que les mêmes ténèbres doivent envelopper la *nature intime* des maladies produites par les causes dont il s'agit. »

Un peu plus loin, M. Renouard, par une nouvelle *erreur de lieu*, me classant parmi les *anatomo-pathologistes* (je suis, avec sa permission, anatomiste à la fois et physiologiste, dans la saine acception de ces deux mots), cite l'article suivant de l'*Essai sur la philosophie médicale* comme exemple de la manière dont ils établissent, dit-il, la thérapeutique : « La thérapeutique n'est réellement qu'une déduction, qu'un corollaire des idées ou des doctrines que l'on s'est faites sur la nature des maladies... Bichat a très bien établi que tous les systèmes de pathologie *avaient reflué* sur la thérapeutique ; et comme ces derniers étaient souvent entachés de fausseté, la thérapeutique, qui n'en était que la conséquence, et, pour ainsi dire, la conclusion, a dû être et a été également fausse, c'est-à-dire mauvaise, nuisible. C'est un grand malheur, sans doute, mais il était inévitable, et il se représentera sans cesse jusqu'au moment où nous n'aurons que des idées parfaitement justes sur la nature des maladies, à moins toutefois de traiter les maladies sans avoir égard à leur nature, ce qui est aussi absurde qu'impossible. »

Puisqu'on reconnaît, dit M. Renouard, que *tous* les systèmes de pathologie sont plus ou moins entachés de fausseté, pourquoi s'obstiner à établir sur ce fondement *mobile et chimérique* la partie active, militante de la médecine, la thérapeutique? Mais dans le passage rapporté, on ne reconnaît nullement, comme l'écrit M. Renouard, que *tous* les systèmes de pathologie sont plus ou moins entâchés de fausseté. L'auteur

ne signale que les systèmes antérieurs à Bichat, et il ne porte pas que tous ces systèmes eux-mêmes étaient entachés de fausseté, mais seulement que *souvent* il en était ainsi, ce qui suppose qu'il y avait au moins des exceptions. L'auteur de l'*Essai sur la philosophie médicale* a d'ailleurs bien pris soin de *démontrer* qu'à l'époque même où il écrivait, il y avait un système de pathologie non entaché de fausseté, qui pouvait servir de base aux *indications thérapeutiques* d'un grand nombre de maladies, et laissait à l'avenir la tâche de compléter ce système.

Après avoir interprété, comme je viens de le dire, le passage emprunté par lui à l'*Essai sur la philosophie médicale :* « Connaissez-vous, s'écrie M. Renouard, beaucoup de critiques plus amères de la pratique médicale de tous les temps que celle que je viens de citer? Si une pareille incrimination était fondée, il n'y aurait, j'ose le dire, qu'un parti sage à prendre pour tout gouvernement éclairé et soucieux de la santé des hommes, celui de brûler nos livres et de fermer nos écoles... Par bonheur, l'histoire de notre art dément à chaque page une semblable inculpation. Cette histoire démontre que, nonobstant les erreurs de physiologie qui se sont propagées de génération en génération jusqu'à nous, dans tous les temps, le praticien *consciencieux* et *éclairé* n'a pas hésité de faire le sacrifice de sa théorie pathologique au lit du malade pour s'en tenir aux données de la stricte observation. »

V. Je ferai d'abord remarquer ici que le reproche *énorme* qui m'est adressé par M. Renouard retombe de tout son poids sur Bichat, dont j'avais invoqué la grande autorité, et que j'aime tant d'ailleurs à prendre pour mon chef de file. Si j'étais coupable, je me consolerais en pensant que je suis seulement le complice d'un si glorieux maître. Voulez-vous la preuve textuelle de ce que j'avance? La voici : « A quelles erreurs ne s'est-on pas laissé entraîner dans l'emploi et dans la dénomination des médicaments! On *créa* des *désobstruants* quand la *théorie* de l'*obstruction* était en vogue. Les *incisifs naquirent* quand celle de l'*épaississement* des humeurs lui fut associée.

Les expressions de *délayants*, d'*atténuants*, et les *idées* qu'on leur attacha furent mises en avant à la même époque. Quand il fallut envelopper les âcres, on *créa* les inviscants, les incrassants, etc. Ceux qui ne virent que relâchement ou tension des fibres dans les maladies, que *laxum* et *strictum*, comme ils le disaient, employèrent les astringents et les relâchants. Les rafraîchissants et les échauffants furent mis en usage surtout par ceux qui eurent spécialement égard, dans les maladies, à l'excès ou au défaut de calorique... Quelques auteurs n'ont vu dans les maladies que force ou faiblesse, et *par conséquent*, dans les médicaments, que débilitants ou fortifiants... Des moyens identiques ont eu souvent des noms différents, suivant *la manière dont on croyait qu'ils agissaient :* désobstruant pour l'un, relâchant pour l'autre, rafraîchissant pour un autre, le même médicament a été tour à tour employé dans des vues toutes différentes et même opposées ; tant il est vrai que l'*esprit* de l'homme marche au hasard quand le vague des opinions le conduit.

» Il n'y a point eu, en matière médicale, de systèmes généraux ; mais cette science a été tour à tour influencée par ceux qui ont dominé en médecine ; chacun a reflué sur elle, si je puis m'exprimer ainsi (1). »

Hé bien ! messieurs, croyez-vous qu'après avoir ainsi démontré historiquement l'influence des doctrines ou des *théories médicales* sur la matière médicale et sur la thérapeutique ou la pratique, Bichat a renoncé au *principe* adopté jusqu'à lui ? Nullement. Non-seulement il n'y a pas renoncé, mais il lui a payé largement son tribut, et en a fait une application nouvelle en rapport avec ses propres doctrines physiologiques et pathologiques. Il reconnaît bien qu'il est extrêmement difficile de classer, à son époque, les médicaments d'après leur manière d'agir ; mais il enseigne que « certainement il est incontestable que tous ont pour but de ramener les *forces vitales* au type naturel, dont elles s'étaient écartées dans les maladies. Puisque les phénomènes morbifiques se réduisent

(1) Bichat, *Anat. génér.; Considérations générales.*

tous, en dernière analyse, à des altérations diverses de ces *forces*, l'*action* des remèdes doit évidemment se réduire aussi à ramener ces altérations à l'ordre naturel. D'après cela, chacune de ces *propriétés* (à chaque instant, Bichat, à tort, confond ensemble les mots *propriétés* et *forces* vitales) a son genre de remèdes appropriés.

« Dans les inflammations, il y a exaltation de *sensibilité organique et de contractilité insensible*. Eh bien! diminuez cette exaltation par les cataplasmes, les fomentations, les bains locaux, etc. »

Après avoir donné de nouveaux exemples de ses *pratiques* thérapeutiques, fondées sur ses *théories* pathologiques, Bichat conclut de nouveau que, *dans l'action* des substances appliquées au corps pour le guérir, comme dans les phénomènes du corps malade, tout se rapporte aux propriétés vitales, et que leur augmentation, leur diminution ou leur altération sont, en dernière analyse, les buts invariables de nos méthodes curatives. Puis, revenant aux auteurs, qui n'ont vu dans les maladies que force ou faiblesse, et par conséquent dans les médicaments que débilitants ou fortifiants, il dit que cette *idée* est vraie en partie, mais qu'elle est fausse quand on la généralise trop. Puis, répétant que chaque *force vitale* a ses médicaments qui lui conviennent, il ajoute que, d'ailleurs, non-seulement c'est en plus ou en moins qu'elles pèchent, mais qu'elles sont encore dénaturées (des forces vitales *dénaturées!* et c'est Bichat qui nous enseigne un tel principe de philosophie physiologique ou médicale!). Il fait remarquer que ce qu'il vient de dire s'applique encore au *strictum* et au *laxum* de plusieurs médecins, qui ne voient partout que ces deux choses. C'est, dit-il, le propre de tous ceux qui ont une idée générale, en médecine, de vouloir ployer tous les phénomènes à cette idée. En parlant ainsi, Bichat ne se doutait pas que, dans sa doctrine pathologique et thérapeutique, il venait, malgré son beau génie, de donner un nouvel et mémorable exemple du genre d'erreur qu'il reprochait à ses prédécesseurs. Seulement, en ajoutant un troisième élément ou mode morbide aux deux dont il était question dans le double

dichotomisme dont il avait parlé, il a bien mérité de la nosologie. Heureux si, mûri, éclairé par une plus *longue expérience*, ce grand esprit, élargissant encore, en les perfectionnant, ses doctrines, eût embrassé dans un plus vaste cadre nosologique et thérapeutique, tous les autres éléments ou modes morbides, et tous les autres éléments ou modes curatifs, thérapeutiques, dont il avait oublié ou méconnu l'existence!

VI. A Dieu ne plaise, d'ailleurs, que le nouvel exemple d'erreur fourni personnellement par Bichat me rende infidèle au principe universellement suivi, mais, hélas! trop souvent mal appliqué, savoir : que nulle thérapeutique rationnelle, c'est-à-dire vraiment scientifique, ne sera fondée qu'à la condition d'être en rapport avec la nature des diverses maladies, avec les divers éléments ou modes morbides, ou bien encore avec les divers états organopathiques, soit locaux, soit généraux, soit *matériels*, soit *dynamiques*. D'ailleurs, comme Bichat et tous ses prédécesseurs, après avoir reconnu la légitimité, j'ai presque dit l'infaillibilité de ce principe considéré en lui-même, j'en ai fait pour mon compte une application nouvelle dans ma *Nosographie médicale*, où l'on peut voir, en effet, que les douze éléments ou modes morbides que comprend la classification établie dans cet ouvrage, constituent la base, le fondement des indications thérapeutiques, aussi variées que les modes ou éléments morbides eux-mêmes.

VII. M. Renouard, quand il aura mûrement réfléchi à ce qui précède, et relu sérieusement l'histoire entière de la médecine, persistera-t-il à considérer ce que j'ai dit, après Bichat et bien d'autres, après M. Renouard lui-même (p. 1160 de ce *Bulletin*, quatrième alinéa), de l'influence des mauvaises doctrines pathologiques sur la thérapeutique? Persistera-t-il à mettre en question la justesse de ce qu'il appelle mon *incrimination?* Et s'il admet qu'en effet les mauvaises doctrines pathologiques *ont reflué* sur les pratiques thérapeutiques, en conclura-t-il, par une logique beaucoup plus *incendiaire* assuré-

ment que celle dont je fais profession, en conclura-t-il encore « qu'il n'y aurait qu'un parti sage à prendre pour tout gouvernement éclairé et soucieux de la santé des hommes, celui de brûler nos livres et de fermer nos écoles? » Non, de ce que mon inculpation n'est, hélas! que trop fondée, il n'en résulte pas que les gouvernements éclairés et soucieux de la santé des hommes doivent brûler nos livres et fermer nos écoles. En agissant ainsi, ils ne seraient que de barbares imitateurs du farouche Omar. La seule conséquence légitime de ce qui a été dit, c'est que nous ne devons rien négliger pour éviter les erreurs en matière de doctrines pathologiques, et pour perfectionner nos écoles. C'est d'ailleurs ce qui a été déjà fait, et on doit regretter que M. Renouard paraisse l'ignorer presque complétement. Qu'il me permette donc de lui mettre sous les yeux une classification nosologique fondée sur des éléments ou états morbides (organopathiques, si l'on aime mieux) nettement définis, et de lui démontrer que cette doctrine a *reflué* aussi sur la thérapeutique, mais non plus au détriment de celle-ci, comme cela est malheureusement arrivé dans des cas que nous avons précédemment signalés.

La première *classe* comprend les pyrexies (fièvres continues et phlegmasies considérées à l'état simple ou compliqué). Cette classe de maladies a pour médication, en *rapport logique* avec son élément essentiel ou sa nature, la méthode antiphlogistique, laquelle, employée dans la *juste mesure* et à temps, en triomphe d'une manière vraiment admirable. Vingt-cinq années passées d'une *expérience exacte* l'ont *démontré*, à l'*insu* de M. Renouard et de bien d'autres, *à ce qu'il paraît*.

Au-dessous des pyrexies ou maladies à genre inflammatoire se placent, à titre de *genre* particulier, les *surexcitations* simples, qui réclament *spécialement* les *sédatifs* et non les *antiphlogistiques* proprement dits.

La deuxième *classe*, opposée à la précédente, comprend les affections consistant en un défaut d'*excitation vitale*. Leur traitement logique et rationnel, sanctionné par l'*expérience exacte*, est l'*opposé* de celui de la première classe : il se compose des

divers agents propres à fournir le complément des conditions *dynamiques* ou *matérielles* (1) en *défaut*.

La troisième classe est consacrée aux *ataxies*, et réclame, j'en conviens volontiers, de nouvelles études.

La quatrième classe renferme la nombreuse famille des maladies miasmatiques et virulentes, et, par extension, tous les autres genres d'empoisonnements. M. Renouard niera-t-il que la connaissance du poison ne fournisse aucune indication thérapeutique? Niera-t-il, par contre, que l'ignorance de la nature du poison ne laisse, en général, une immense lacune pour l'application des ANTIDOTES?

La classe cinquième embrasse, sous les noms d'*hétérotrophies*, d'*hétérocrinies*, d'*hétérogénies*, d'origine non inflammatoire, les maladies que les anciens plaçaient parmi les *diathèses*, les *cachexies*, les maladies *humorales*, etc. Hé bien! M. Renouard pense-t-il, en toute conscience et conviction, que les données positives dont l'histoire de cette difficile partie de la pathologie s'est enrichie, ne constituent pas des indications importantes pour l'emploi de divers agents, soit naturels, tels que l'air, la lumière, soit artificiels, tels que l'iode, plusieurs sels, etc., etc.?

A la classe sixième appartiennent les *épanchements*. M. Renouard ne soutiendra certainement point que ce genre d'affection, considéré en lui-même, ne fournisse pas une base particulière d'*indication* et de traitement?

Dans la septième classe sont rangées les solutions de continuité et les communications anormales. Ce serait encore ici faire injure à M. Renouard que de le supposer capable de nier le rapport *logique* qui existe *évidemment* entre ce genre de maladie et le remède?

La classe huitième se compose des solutions de contiguïté,

(1) Ces agents se nomment *excitants*, quand il s'agit d'augmenter ce qu'on appelle les *forces vitales* ou les conditions dynamiques, et *reconstituants* quand il s'agit d'augmenter les éléments matériels ou organiques, comme le régime substantiel et le fer, etc., dans la *chloro-anémie*.

des déplacements, des déviations ou changements de position et de direction. La réflexion que nous avons faite au sujet de la précédente classe trouve encore ici une application bien naturelle.

La classe neuvième est affectée aux adhésions, aux connexions et insertions anormales. Faut-il demander à M. Renouard s'il ne voit, s'il n'admet aucun rapport logique entre ces maladies et les moyens qui leur sont appliqués?

La classe dixième est constituée par les changements d'étendue, de volume, de capacité (dilatations, rétrécissements, oblitérations, etc.). Est-ce que M. Renouard, au besoin, ne viendrait pas nous démontrer, nous faire toucher du doigt de l'esprit, si j'ose ainsi dire, le rapport logique qui, dans cette nouvelle classe, rattache le traitement à la maladie, et réciproquement?

Dans la classe onzième se trouvent les corps étrangers et les *retenta*. Est-ce que là encore le rapport logique du mal au remède ne saute pas, pour ainsi dire, aux yeux de l'entendement?

Enfin, la classe douzième contient les changements relatifs à la configuration, au nombre et à l'existence même des organes et de leurs parties constituantes. En vérité, M. Renouard ne saurait encore ici contester le rapport logique entre le mal et le remède?

Aujourd'hui, messieurs, pas plus qu'il y a déjà près de quinze ans, époque à laquelle je composai le cadre nosologique et le cadre thérapeutique de ma *Nosographie médicale*, je ne me fais aucune illusion sur ce que chacun d'eux peut laisser à désirer. Mais j'ai la certitude qu'en agrandissant, comme je j'ai fait, la base de sustentation sur laquelle on avait généralement assis le double édifice de la pathologie et de la thérapeutique, j'ai dû lui imprimer un caractère de solidité dont il avait manqué jusque-là. Enfin, comme nos connaissances sur les maladies et sur les médications avaient fait d'immenses progrès, il est clair que les éléments morbides et thérapeutiques devaient être plus exactement définis, plus nettement formulés et partant mieux coordonnés. Les siècles à venir

achèveront le grand œuvre auquel nous avons travaillé, dans la faible mesure de nos moyens.

Forcé dans ses derniers retranchements, M. Renouard nous objectera peut-être les cas dans lesquels on ne *saisit* réellement aucun rapport entre le mal et le remède. Non, car il sait bien que nous n'avons pas négligé cet ordre de cas. Sa plume, qui, comme la lance d'Achille, guérit ici les blessures qu'elle a faites, a pris soin de me justifier lui-même de l'accusation qu'il m'avait adressée avec tant de sévérité. Après avoir affirmé, sans le prouver, que, dans tous les temps, le praticien consciencieux et éclairé n'a pas hésité de faire le sacrifice de la théorie pathologique au lit des malades pour s'en tenir aux données de la stricte observation, il cite un passage de l'*Essai de la philosophie médicale* dans lequel j'ai fourni, dit-il, un exemple de cette manière de procéder dans l'exercice de la médecine (1). Toutefois, je dois faire remarquer à M. Renouard que le passage dont il s'agit n'est nullement en contradiction avec celui qu'il avait attaqué, et auquel je tiens plus que jamais.

VIII. Cet acte de justice une fois rendu, M. Renouard discute ensuite le dogme fondamental de la thérapeutique organicienne : *Contraria contrariis curantur.* Il avoue que ce *principe*, auquel il restitue son ancien nom d'*hypénantiose*, a dominé dans l'enseignement de la médecine jusqu'à nos jours, et il place Fernel, une des lumières médicales du

(1) Voici ce passage : « *Contraria contrariis curantur*, tel est le dogme qui domine la thérapeutique. Mais encore une fois, pour faire l'application de cette loi fondamentale de l'art de guérir, il faut connaître la *nature* de la maladie, et comme dans un grand nombre de cas cette nature ne nous est nullement connue, ou ne l'est du moins qu'en partie, il s'ensuit que les *indications* ne peuvent être fournies alors que par l'expérience que nous avons acquise de l'utilité de tel ou tel moyen dans des cas analogues à celui qui se présente à combattre. » Mais encore ici l'expérience n'a pu être *acquise* et consultée, qu'après un *certain* rapport saisi par l'esprit entre la maladie et le moyen soumis à l'expérimentation.

XVIe siècle, parmi ses sectateurs, tout en lui reprochant d'avoir donné au mot *contraire* une extension que les anciens ni les modernes n'ont jamais prétendu, assure-t-il, lui attribuer. Il poursuit en déclarant que le dogme *contraria contrariis curantur* n'a plus aujourd'hui sa raison d'être comme règle générale de thérapeutique, sous le prétexte, assurément bien peu fondé, qu'il avait pour base les idées des anciens sur la physique, la chimie et la pathologie, et que nos théories physico-chimiques sont tout à fait différentes de celles des anciens. La réfutation de ce principe par M. Renouard est d'une telle faiblesse que l'on ne doit pas s'étonner de le voir en appeler au secours de quelqu'un de ses co-religionnaires. Malheureusement il me paraît avoir assez mal choisi son défenseur. Ce défenseur, d'origine germanique, ce qui n'est pas toujours, en médecine, un avantage incontestable, se nomme Becker, et a été cité par M. Littré dans sa belle traduction d'Hippocrate. L'Académie me dispensera volontiers de lui mettre sous les yeux le long passage de cet auteur, quand je lui aurai fait part de ce que j'ai lu, écrit au crayon, en marge de la page 48, au sujet de la réfutation qui nous occupe. Or, voici ce que j'ai lu : *Germanisme voisin du galimatias*, et au-dessous de ces mots ceux-ci, écrits d'une autre main : *Je suis assez de cet avis*, à la suite desquels j'ai éprouvé la tentation d'écrire à mon tour : *Et moi aussi*. Quant aux auteurs de cette annotation assez curieuse, ils ont oublié de signer, mais ils doivent, si je ne me trompe, être parfaitement connus des deux commissaires chargés d'examiner le mémoire de M. Renouard, et, si l'Académie en manifestait le moindre désir, ces commissaires s'empresseraient assurément de nous faire connaître les noms de ces auteurs.

Il est assez fâcheux pour M. Renouard de n'avoir pas eu recours à une autorité plus infaillible. Viennent ensuite des considérations sur la classification des méthodes thérapeutiques par Barthez et son illustre disciple, M. Lordat, auxquels il reproche *d'avoir commis la faute grave des traitements empiriques et non empiriques*, et insiste sur *ce principe de philosophie naturelle*, savoir *que toutes nos connaissances en thérapeu-*

tique dérivent de l'empirisme et ne vont pas au delà, principe sur lequel nous allons revenir tout à l'heure.

Il ne suffit pas, ajoute M. Renouard, de posséder un principe sûr de thérapeutique et des méthodes de traitement bien ordonnées, il faut, en outre, le *diagnostic clinique* des maladies, une des branches les plus difficiles, les plus délicates de la médecine pratique, celle qui exige le plus de science, le plus de tact, d'attention et de jugement. Rien de plus vrai, de plus digne d'approbation que cette doctrine. Il n'en est pas ainsi de la suivante. De ce que le diagnostic doit être évidemment le flambeau de la thérapeutique, on a pu croire, dit M. Renouard, qu'il en était le fondement. Mais, selon lui, la notion du remède ne découle pas de celle du mal, à titre de déduction ou de corollaire, et ces deux notions ne se réunissent, dans notre esprit, qu'à l'aide de la mémoire, ainsi qu'il le démontrera, en parlant des indications curatives. Nous examinerons nous-même alors les données de cette démonstration.

Ici, M. Renouard signale, avec grande raison, l'utilité des théories pathologiques et des classifications. A ce sujet, il insiste sur l'importance de la physiologie, et veut que le *médecin* philosophe médite la question du mono-dynamisme et du duo-dynamisme, qui divise en ce moment le camp des néo-hippocratistes, *quoiqu'elle ne touche nullement*, ajoute-t-il, *à la pratique de l'art*. Aussi croit-il devoir, pour son compte, y jeter un coup-d'œil. Nous devons regretter que notre savant et spirituel rapporteur ait glissé d'un pied si léger sur cette partie du mémoire de M. Renouard.

IX. — Nous arrivons enfin au chapitre capital des indications curatives. « Ici, dit M. Renouard, j'ai le regret de me trouver en désaccord avec un pathologiste qui jouit d'une grande autorité parmi les membres de l'Académie. Chomel a dit : Lorsque par l'examen attentif d'un malade, le médecin a reconnu le genre de la maladie dont il est atteint, son caractère particulier, sa marche, sa tendance vers une terminaison favorable ou funeste, les causes qui l'ont produite, son

influence sur la santé, etc., l'ensemble de ces circonstances montre en quelque sorte le traitement qu'il doit suivre et semble l'*indiquer*, c'est là ce qu'on nomme *indication*. » La doctrine que M. Renouard combat ici, n'étant, au fond, autre que celle déjà précédemment attaquée par lui, lorsqu'au commencement de son mémoire, il nous a reproché d'avoir soutenu, avec Bichat, que les doctrines pathologiques refluaient nécessairement sur la thérapeutique, nous faisons, en cette occasion, cause commune avec Chomel, contre l'auteur du mémoire sur les doctrines médicales. Nier l'influence que la notion de la maladie exerce sur celle de la médication, c'est-à-dire, nier le rapport qui existe entre l'idée de la maladie et l'idée de la médication ou du traitement, entre la *théorie* de la maladie et la pratique, c'est nier le mouvement, c'est nier l'évidence elle-même; c'est méconnaître le grand axiome qui, proclamé par Galien, comme par Hippocrate, régit toute la thérapeutique. Un tel principe constitue en quelque sorte la *pierre angulaire* de cette science ou, si l'on aime mieux, de cet art, principe contre lequel, d'ailleurs, ainsi que je le disais dans un rapport encore récent, rien ne saurait prévaloir. M. Renouard lui-même reconnaît que *la conception d'une maladie particulière réveille presque constamment dans l'esprit du médecin l'idée du traitement approprié*. Mais, par une singulière disposition de son esprit personnel, il professe que la *conception d'une maladie et celle de la médication qui lui est plus ou moins appropriée, ne sont nullement unies dans notre esprit par un lien logique, mais seulement par l'habitude, par la mémoire que nous en avons; qu'on attribue au raisonnement ce qui est un pur effet de la mémoire, une simple réminiscence*. Pour réfuter une doctrine aussi clairement erronée, il suffit de l'exposer. Quoi! M. Renouard ne voit pas, ne comprend pas, lui qui, dans son travail, a fait preuve d'une intelligence des plus distinguées, que si la notion d'une maladie éveille, comme il en convient, dans notre esprit la notion du remède, du traitement que cette maladie réclame, l'opération qui s'accomplit alors dans notre esprit, dans notre entendement, n'est pas un acte de *mémoire*, mais bien un acte

de cet esprit de *rapport*, de ce sens *logique* ou *rationnel*, sans lequel aucune science, aucun art, vraiment dignes de ce nom, ne sauraient se constituer!

Pinel, dit M. Renouard, a formulé le vrai problème de la nosographie dans cette phrase: « une maladie étant donnée, déterminer son vrai caractère et le rang qu'elle doit occuper dans un tableau nosologique. » M. Renouard, par une erreur *récidivée*, répète, à cette occasion, que les deux ordres d'idées relatifs à la nosologie et à la thérapeutique, ne sont associés dans notre esprit que par l'habitude que nous avons contractée de parler de la thérapeutique à l'occasion des descriptions nosologiques, et de parler de la nosologie, à l'occasion de la thérapeutique. Chose assez singulière, M. Renouard, dont le mémoire a pour principal objet la recherche d'un principe *universel* de thérapeutique, après avoir parlé du problème de Pinel, n'a pas cru devoir examiner le problème de Pitcairn : *une maladie étant donnée, trouver le remède*. Or, c'est bien de la combinaison de ces deux problèmes que se compose le problème entier de la médecine.

La philosophie médicale dont nous venons de nous servir contre les doctrines de M. Renouard n'est, d'ailleurs, au fond, que l'application à la médecine de la saine philosophie générale qui, dans tous les temps comme dans tous les lieux, a régi le monde scientifique, et présidé aux travaux de tous ceux dont le génie a concouru plus ou moins puissamment à la découverte des faits, des phénomènes, des lois, des forces, en un mot, de tout ce qui constitue ce monde scientifique, aux diverses phases de son évolution (1).

Quoi qu'il en soit, M. Renouard termine son *Examen des systèmes* par cette *conclusion commune au vitalisme et à l'organicisme*, savoir qu'il résulte de cet examen que ni la conception pathologique du vitalisme, ni celle de l'organicisme, ne

(1) Il n'est pas besoin de dire que l'esprit humain ne *découvre* pas seulement des faits, des phénomènes, des lois, mais aussi des *êtres* ou des *corps*, comme le prouve d'une manière si éclatante l'histoire de l'astronomie, de la chimie, des sciences dites naturelles en général, etc.

peuvent nous fournir une règle universelle de thérapeutique. Il ajoute qu'il en sera de même à l'avenir de toute doctrine qui fera de la thérapeutique *une déduction*, *un corollaire* de la pathologie. Une telle doctrine, il ose, dit-il, l'attester, reste d'avance frappée de stérilité.

Je ne sais ce que mes confrères en saines doctrines organiciennes répondront à M. Renouard. Quant à ce qui me concerne, je lui réponds sur-le-champ, que la doctrine qu'il voue ainsi à une éternelle stérilité, est depuis plus de vingt-cinq ans mise en pratique dans le service clinique dont je suis chargé, qu'elle y fonctionne chaque jour, et que M. Renouard pourra, quand il le voudra, s'assurer, qu'en dépit de sa *prophétie de malheur*, elle n'est pas frappée de stérilité. Il y verra l'observation, l'expérience et la logique *exactes* se donner une main fraternelle, et montrer que par leurs efforts réunis, l'art du diagnostic et l'art de la thérapeutique ont eu quelque sorte changé de face.

X. Après avoir ainsi combattu les grands principes sur lesquels reposent les édifices de la pathologie et de la thérapeutique, M. Renouard nous montre enfin ce merveilleux principe annoncé au début de son mémoire. Il commence toutefois par avouer qu'il n'a pas découvert, mais *formulé* un précepte universel de thérapeutique, et voici dans quels termes il a rédigé sa formule :

Traitez chaque maladie par les moyens qui ont le mieux réussi dans des cas analogues.

Cette formule, que M. Renouard avoue lui-même avoir lue dans notre *Essai de philosophie médicale*, cette formule, traduction, je ne dirai pas *libre*, mais presque littérale de celle-ci : *à juvantibus et lædentibus fit indicatio*, est assurément pleine de sagesse et remonte à Hippocrate lui-même. Mais malheureusement, elle ne résout nullement le fameux problème : *étant donnée une maladie, trouver le remède.*

Il faut donc, dans une maladie donnée, trouver le *remède*, c'est-à-dire les *juvantia* et les *lædentia*. Or, comment trouver ce remède, telle est la question. Trouver le remède ! Entendez-

vous bien, messieurs? On ne saurait trop répéter la question. Vous ne pourrez livrer le remède au *criterium*, à la pierre de touche, au *sacrement* de l'expérience qu'après l'avoir *cherché* et trouvé. Il y a donc dans notre entendement une opération qui précède l'expérience elle-même, et cette opération, on ne saurait trop le répéter aussi, est confiée à une sorte de sens intellectuel, qu'on peut appeler, en raison même de sa fonction, l'esprit ou le génie d'invention, en matière de thérapeutique.

Comprenez donc, une fois pour toutes, que ce précepte: *traiter chaque maladie par les moyens qui ont le mieux réussi dans des cas analogues*, ne résout pas la question fondamentale qui nous occupe. Il ne fait que la reculer. En effet, ce précepte, excellent en lui-même, je le répète, et dont M. Renouard reconnaît, avec modestie, qu'il n'est pas l'auteur, l'INVENTEUR, ce précepte suppose des remèdes déjà *connus*, déjà *trouvés*, déjà *inventés* pour des cas analogues à ceux auxquels il nous prescrit de les appliquer. Or, il s'agit précisément de savoir comment ces *moyens*, ces remèdes ont été *originairement* connus, trouvés, *inventés*. Ce n'est pas assurément, comme vous le soutenez, par l'expérience, puisque au moment où ils ont été proposés *pour la première fois*, cette expérience n'existait pas. En conscience, on ne peut *expérimenter*, c'est-à-dire appliquer, soumettre à l'expérience un *moyen*, un *remède*, qui n'a pas encore été trouvé. Le remède une fois trouvé, et *sanctionné par l'expérience* exacte pour une maladie *donnée*, c'est alors que la *logique*, le bon sens nous enseignent qu'il faudra l'employer toutes les fois que se rencontreront de nouveaux cas de cette maladie.

Mais étant admis maintenant que la découverte ou l'invention du remède a nécessairement précédé l'expérience ou l'application de ce remède à la maladie *donnée*, comment cette découverte, cette *invention* s'est-elle faite, s'est-elle opérée? La réponse est bien simple et se trouve en quelque sorte comprise dans la question elle-même. Il est évident, en effet, que du moment qu'il s'agit d'une découverte, d'une *invention*, c'est là, nous le répétons encore, une œuvre de cet esprit, de ce génie

inventif qui fait partie du merveilleux ensemble de facultés intellectuelles que nous avons reçues de la nature. Ce génie spécial est incontestablement l'un des plus beaux fleurons de notre couronne intellectuelle, celui qui nous rapproche le plus peut-être du divin Créateur, de qui nous le tenons.

La maladie étant donnée, c'est-à-dire connue, déterminée, bien définie, l'idée, la conception du remède nous est donc également *donnée* par l'esprit, le sens intellectuel, l'œil *intérieur*, dont nous venons de parler. Or, c'est ici le lieu de montrer de nouveau quel rapport existe entre la nature de la maladie et la nature du remède, et réciproquement. Eh bien! j'en appelle à M. Renouard lui-même, *mieux informé :* le moyen, le remède que nous *inspire*, que nous dicte, que nous prescrit en quelque sorte l'*esprit d'invention thérapeutique*, ne dérive-t-il pas toujours de la notion, telle quelle, que nous avons acquise de la maladie, et n'a-t-il pas pour but essentiel d'agir en sens inverse ou *contraire* de cette maladie? La maladie est de *nature* inflammatoire, l'idée d'une méthode antiphlogistique naît dans notre *esprit;* il s'agit d'une maladie *septique*, aussitôt l'idée d'un traitement antiseptique se présente à notre esprit; nous reconnaissons une solution de contiguïté, de continuité, etc., l'idée de moyens unissants, de moyens de réduction, de contention, etc., se développe aussitôt dans notre esprit, et ainsi de toutes les maladies et de toutes les médications en général.

XI. De la liste des agents dont se compose la saine méthode par laquelle s'acquièrent nos diverses connaissances médico-chirurgicales, ôtez, par hypothèse, les agents intellectuels, rationnels, que vous reste-t-il, d'après les enseignements de la philosophie *classique ?* — Les actes de vos cinq sens. Eh bien! pour ne parler, en ce moment, que de nos connaissances en thérapeutique médico-chirurgicale, est-ce uniquement avec votre *vue*, votre *ouïe*, votre *toucher*, avec votre *odorat*, avec votre *goût*, que vous avez *cherché*, *inventé*, *formulé*, *prescrit* tant de méthodes, de procédés, de moyens, de médications dites *internes* ou de l'ordre médical, tant de méthodes, de procédés, de moyens

dits *externes* ou *opératoires*, véritables médications de l'ordre chirurgical? Les Desault, les Dupuytren, et quelques-uns de nos collègues, que je ne nommerai pas, dans la crainte de blesser leur modestie, n'ont-ils fait aucun acte de génie inventif, n'ont-ils trouvé aucun rapport *logique* entre la maladie et le remède, dans ces grandes et belles opérations par lesquelles ils sont parvenus à guérir les anus contre nature, les fistules vésico- et recto-vaginales, les calculs urinaires, et réparer tant de parties par ce que j'appellerai volontiers les merveilles ou le *prodige* de l'autoplastie!!

Sans doute, il faut, nous le répétons jusqu'à satiété, soumettre au creuset de l'expérience toutes les conceptions de l'esprit inventif; sans doute, on ne saurait trop consulter l'observation. Toutefois, que seraient l'observation et l'expérience elles-mêmes sans le *génie* qui préside à leurs actes divers, sans le génie observateur et le génie expérimental? que d'instruments, que d'appareils le génie *inventif* n'a-t-il pas découverts pour faciliter les travaux mêmes d'observation et d'expérience!

Revenant maintenant à notre objet spécial, c'est-à-dire aux opérations diverses du sens ou du génie thérapeutique, nous demanderons si, comme le veulent MM. Renouard et Gibert, dans toutes ces opérations qui supposent tant de combinaisons de l'entendement, les connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques ne serviront de rien, ne trouveront aucune application, pourront être considérées comme de véritables superfluités, comme des inutilités, presque comme des *impedimenta*, et pour parler plus *scientifiquement*, comme des données dont la solution du problème peut et doit se passer. En conscience, voilà une doctrine, une philosophie médicale bien.... transcendentale (pour ne pas dire autre chose), et je me plais à le croire, aussi peu hippocratique et vitaliste que vraie. Certes, si nos honorables confrères, MM. Renouard et Gibert, n'en veulent qu'à de pareilles doctrines, à la bonne heure. Ce n'est pas en nous qu'ils trouveront des contradicteurs.

Mais enseigner que dans des recherches de thérapeutique,

on ne doit tenir aucun compte des doctrines pathologiques exactes, qu'il n'existe aucun rapport logique entre le mal et le remède, c'est porter l'aversion pour la logique en cette matière jusqu'à l'intolérance, d'autres diraient jusqu'au délire, jusqu'au fanatisme. Dieu nous préserve à jamais de tomber dans un tel excès *antilogique!* que M. Renouard ait le courage d'en convenir : une *profession de foi* aussi paradoxale en matière de principes thérapeutiques ne saurait désormais être soutenue.

Nous ne pousserons donc pas plus loin cette discussion. Il faut, d'ailleurs, garder une juste mesure, même dans la réfutation des plus graves erreurs. Il le faut, dussent les adversaires n'en tenir aucun compte, n'en savoir aucun gré. C'est une si belle qualité, une si belle vertu que la modération! Heureux ceux qui la prêchent! bien plus heureux ceux qui en donnent le difficile exemple!

XII. — Dans un *post-scriptum*, M. Renouard déclare que s'il n'a pas donné à son système d'*empirisme* le nom d'*Éclectisme*, qui pourrait lui convenir à certains égards, ou celui de *Vitalisme hippocratique*, dont il se rapproche encore davantage, c'est que la thérapeutique étant le but suprême de la médecine, et son système ayant l'axiome thérapeutique de l'empirisme pour base, il a dû lui donner une dénomination tirée de cet axiome. Il va sans dire que le mot empirisme est pris ici dans sa bonne acception, dans son sens philosophique, et non dans le sens où le vulgaire l'emploie ordinairement. L'empirisme de cette dernière espèce, aveugle, irrationnel, constitue, pour lui comme pour nous, *un je ne sais quoi qui ne mérite pas de nous occuper* (1). C'est bien détourner de sa véritable acception le mot *axiome*, que de l'appliquer à la désignation d'un *système* ou d'une *méthode*. Mais n'ajoutons pas des disputes de mots à celles des choses.

L'empirisme, pris dans la meilleure, dans la plus favorable de toutes les acceptions, étant, si j'ose le dire, le grand

(1) *Essai sur la philosophie médicale*, p. 308.

patron que toutes les écoles invoquent, le mot de ralliement de tous les médecins, d'où vient que l'on se dispute éternellement, et sur les doctrines nosologiques et sur les doctrines thérapeutiques? L'empirisme qui, à rigoureusement parler, n'est pas un axiome, mais une *méthode*, n'est donc point encore parvenu à concilier les esprits, et j'ai le regret d'annoncer ici à notre honorable confrère, M. Renouard, que les diverses sectes médicales dont il a discuté les doctrines, même en ne les considérant que sous le rapport thérapeutique, ne désarmeront pas à sa voix.

Cet oracle est plus sûr que celui de Calchas!

Au reste, l'empirisme n'est qu'un des deux éléments des méthodes employées dans l'étude des sciences naturelles en général, et puisque cette question de méthode se représente, je ne quitterai pas cette tribune sans m'expliquer brièvement de nouveau sur Descartes et Bacon, ces grands esprits auxquels on fait l'insigne honneur de les considérer comme les représentants les plus illustres de ces méthodes. Ce n'est pas sans quelque étonnement, même sans quelque scandale, que j'ai vu ici et ailleurs, opposer, sous le rapport dont il s'agit, ces deux beaux génies l'un à l'autre. Non, Bacon et Descartes ne sont point opposés : ils diffèrent, sans doute, en quelques points; mais tous les deux font entrer dans la méthode scientifique qu'ils recommandent, le double élément de l'observation, ainsi que de l'expérience, et de la logique ou du raisonnement. Tous les deux admettent indépendamment de ce double élément, des *à priori*, des *axiomes*, des *principes* qui dominent en quelque sorte les opérations expérimentales et les opérations logiques.

Dire que Descartes n'est pas, comme Bacon, l'un des défenseurs, des apôtres de l'expérience, de l'élément *expérimental* qui concourt à la constitution de toute méthode scientifique complète, c'est une injustice et une erreur des plus gratuites. Descartes n'a pas compris l'expérience parmi les éléments essentiels de sa méthode! Mais ce grand philosophe, dans son célèbre *Discours de la méthode*, déclare, de la manière la plus expresse, la plus explicite, que c'est à

l'expérience qu'il faut demander la preuve, la sanction, de toutes les conceptions, de toutes les théories, de toutes les doctrines en matière de sciences physiques; et il ajoute que l'un des plus grands services que les gouvernements pourraient rendre à l'humanité, ce serait de fournir les moyens dont les *philosophes* auraient besoin pour l'exécution de leurs recherches expérimentales. Descartes, enfin, voulant multiplier, autant qu'il le peut, les sources de son instruction expérimentale, voyage pour voir, observer, examiner et recueillir les éléments, les données qui lui sont nécessaires pour la composition des ouvrages dont il a conçu le projet.

Bacon, de son côté, se déclare-t-il le partisan exclusif de l'élément expérimental ? Laisse-t-il de côté, néglige-t-il l'élément logique, rationnel ? Mais le célèbre auteur du *Novum organum*, après avoir comparé les observateurs et expérimentateurs purs, aux fourmis qui entassent et empruntent tout au dehors, les dogmatistes purs aux araignées qui tirent d'elles-mêmes les matériaux de leur toile, les *éclectiques* aux abeilles qui recueillent sur les fleurs des matières qu'elles digèrent ensuite et convertissent en miel, termine par cette conclusion que nous devons tous savoir par cœur : Il faut tout attendre de l'expérience et du raisonnement réunis ; ces deux éléments constituent, par leur sainte alliance, la vraie méthode, à laquelle il convient de donner le nom de méthode empirico-rationnelle (*empirico-rationalis*).

D'ailleurs, ce ne sont pas seulement Descartes et Bacon, mais tous les auteurs qui se sont sérieusement appliqués à l'étude des sciences, qu'il faudrait défendre de ce reproche, un peu banal, d'avoir été partisans exclusifs, soit du dogmatisme ou du rationalisme, soit de l'empirisme ou de l'expérience. Cette méthode *exclusive* répugne, pour ainsi dire, à la constitution même de notre entendement. Nous sommes nés observateurs et logiciens à la fois (sauf les cas d'organisation intellectuelle incomplète), et la méthode *expérimento-rationnelle*, bien qu'il lui soit glorieux de compter parmi ses *promoteurs*, et les Descartes et les Bacon, est née bien avant eux : elle est née, en effet, avec le genre humain lui-même, et ne périra

qu'avec lui. Il est vrai que le monde de l'observation et de la raison s'est bien agrandi depuis les premiers temps où les sciences et les arts commencèrent à posséder une *histoire*.

XIII. — Mais, puisque nous connaissons depuis un temps immémorial, depuis Descartes et Bacon du moins, si l'on ne veut pas remonter plus loin, les instruments, les méthodes au moyen desquelles on doit procéder dans l'étude des sciences naturelles en général et de la médecine en particulier, d'où vient, comme je le disais plus haut, cette guerre éternelle à laquelle est livré le monde? (*Deus tradidit mundum disputationibus philosophorum et medicorum.*) MM. Renouard et Gibert ont oublié de nous l'apprendre.

Hippocrate, dans les ouvrages duquel on chercherait bien vainement une description satisfaisante d'une maladie quelconque, mais qui contiennent tant de maximes générales de la plus haute vérité; Hippocrate nous révèle, en partie, ce secret lorsqu'il dit, dans le premier de ses aphorismes : *Experientia fallax, judicium difficile.* Ce n'est pas que l'on doive prendre à la *lettre* les mots *experientia fallax*, car alors l'expérience devrait être exclue de la médecine, et une fois cette exclusion opérée, la médecine elle-même cesserait d'exister. Mais ces mots, en consultant l'*esprit qui vivifie* et *non la lettre qui tue*, signifient qu'il y a des observateurs et des expérimentateurs qui se trompent (*fallaces*), et qui peuvent se tromper de manières différentes. De son côté, le *jugement*, considéré en lui-même, n'est pas trompeur non plus, sans quoi il faudrait l'exclure à son tour de la médecine, qui, par cela même, cesserait encore d'exister. Mais il y a des hommes qui se trompent en matière de jugement, comme il y en a qui se trompent en matière d'expérience, et il y en a d'autres qui se trompent à la fois dans les deux choses : de là nécessairement des disputes. Que, par un miracle assurément peu probable, il n'y ait plus désormais que de bons observateurs, de bons expérimentateurs, de bons juges, de bons logiciens, et qu'en même temps, par un nouveau miracle aussi peu probable, l'instinct de la dispute ait disparu de la terre

et que l'amour de la vérité règne *sans concurrence:* alors auront cessé, sans retour, les guerres médicales, et les portes du temple de notre Janus médical pourront enfin être fermées. Cela rappelle une brillante saillie de l'auteur d'Émile sur le sujet qui nous occupe, savoir la distinction entre la médecine et les médecins: « Que la médecine soit infaillible en elle même, dit-il, je le veux bien. Qu'elle vienne donc sans le médecin! » Mais cette éloquente saillie pouvait s'appliquer à toutes les autres sciences, et à la *philosophie* en particulier. *Qu'elle vienne donc, elle aussi, sans les philosophes!*

Toutefois, s'il existe, malheureusement en très grand nombre, des observateurs et des logiciens qui se trompent, il en est d'autres, en petit nombre comme tous les élus, qui observent et raisonnent *exactement*, ne se trompent pas, et tôt ou tard, la victoire finit par se prononcer en leur faveur. A ceux-là seuls a été réservée la mission, aussi glorieuse que difficile, d'élever le laborieux édifice des sciences en général, et celui de la médecine en particulier. Ce sont là, qu'on nous permette de le dire, les *pères de l'église scientifique.*

Ces intelligences d'élite, ces têtes bien faites, pour parler comme l'auteur des *Essais*, n'ont pas besoin, d'ailleurs, de chercher dans Descartes ou dans Bacon des méthodes pour réussir dans leurs travaux. De tels hommes trouveront en eux-mêmes les principes *innés*, si j'ose ainsi dire, qui doivent présider aux recherches scientifiques de tout genre : ils sont eux-mêmes de véritables méthodes *vivantes*, et leur exemple est la meilleure de toutes les leçons pour les intelligences de second ordre, en fait de méthodes comme en toute autre chose.

Mais, quelque bien organisée que soit une tête humaine, elle ne fera de grandes découvertes, de grands progrès, en matière de médecine particulièrement, qu'à la condition de poursuivre pendant de longues années, avec une patience infatigable, une persévérance indomptable, le double travail d'observation, d'expérimentation et de rationalisation dont j'ai déjà si souvent parlé. C'est ainsi qu'avait procédé le grand Newton, cet éternel orgueil de l'Angleterre savante. Comment avez-vous fait, lui demandait quelqu'un, pour décou-

vrir tant de vérités? En y pensant *toujours*, répondit-t-il (1).

O vous donc, jeunes médecins, qui voulez vous distinguer dans la difficile carrière que vous allez parcourir, armez-vous d'abord de *patience* et d'attention, puis observez, expérimentez, explorez, examinez, pâlissez au lit des malades pendant de longues années, constatez les faits déjà *trouvés* par vos devanciers, tâchez d'en *trouver* d'autres, et n'oubliez jamais ici le précepte de Bacon : *Non est fingendum quod natura faciat, sed inveniendum ;* ce n'est pas tout : les faits une fois bien recueillis, il faut les compter, les classer, les discuter, les généraliser, les réduire en principes, trouver les rapports, les lois qui les enchaînent, etc., en un mot, les soumettre à toutes les opérations intellectuelles dont ils sont susceptibles, les *théoriser* exactement, n'affirmer, ne nier que les choses dont vous pouvez *démontrer* la vérité ou la fausseté, et rester dans le doute *philosophique*, lorsque les données de la démonstration vous manquent. Les matériaux étant ainsi donnés et *travaillés* ou préparés, construisez l'édifice.

Résumé et conclusion. — Je résume ce discours en un certain nombre de propositions, que voici :

1° Ainsi que le reconnaît lui-même M. Renouard, le *principe thérapeutique* qu'il propose n'est rien moins que nouveau ; il remonte même à une époque fort reculée. Donc, s'il renfermait en lui le précieux privilége de tout concilier, de satisfaire à tout, il y a longtemps que les disputes auraient disparu du monde médical, et ce principe lui-même ne serait pas aujourd'hui l'objet d'une dispute nouvelle (2). Ajoutons que ce principe suppose déjà *trouvés* les remèdes qu'il s'agit préci-

(1) Bien avant Newton, Horace avait dit, à sa manière, la même chose : *Et totus in hoc sum.*

(2) Bien d'autres disputes s'élèveraient encore, si MM. Renouard et Gibert, au lieu de garder un silence prudent sur les moyens auxquels ils accordent le titre de *juvantia* et de *lædentia*, nous les avaient désignés d'une manière précise. Qu'ils s'avisent de le faire, et nous leur prédisons à coup sûr que les contradicteurs ne leur manqueront pas.

sément de chercher et de *trouver*. Sans doute, une maladie étant donnée, dont on connaît déjà le remède, il faut, dans un nouveau cas de cette maladie, recourir au remède connu et consacré par l'expérience. Mais la vraie question que nous agitons avec MM. Renouard et Gibert est, non pas d'appliquer un remède déjà *trouvé* et connu, mais dans une maladie donnée, et dont on ne connaît pas encore le remède, de *trouver* ce remède. Il est clair comme la géométrie, comme la lumière, qu'ici le principe *a juvantibus et lædentibus* reste sans application possible.

2° *Trouver*, *inventer* le remède, le mode de traitement d'une maladie est un acte *spécial* de notre esprit ou de notre entendement, essentiellement différent de celui qui consiste à l'*expérimenter*, c'est-à-dire à l'*essayer*, à le *mettre en pratique*, à l'*appliquer*. Dans quelle langue les mots *trouver*, *inventer*, *imaginer*, *concevoir*, *formuler*, *prescrire* une médication quelconque, sont-ils synonymes des mots *expérimenter*, *essayer*, *mettre en pratique*, *appliquer* une médication? La différence que nous signalons saute, pour ainsi dire, aux yeux de notre intelligence.

L'agent ou la faculté qui opère l'acte spécial de *trouver*, d'*inventer* un remède, un mode de traitement, une méthode, une formule, etc., tire son nom de sa fonction même : c'est l'esprit, le talent, le génie *inventif*.

3° Quelle que soit la maladie dont l'esprit d'*invention* cherche le remède, il faut nécessairement qu'il procède, d'après une *loi*, un *principe*, car, ainsi que l'a dit l'auteur de l'*Esprit des lois : tout a ses lois*. Or, ce principe, cette loi, cet axiome, c est qu'il existe un rapport logique entre les *maladies* et les *remèdes*, et que ce rapport est celui de contraire à contraire : *Contraria contrariis curantur*, comme l'enseignent Hippocrate et Galien, lesquels, si nous en exceptons MM. Renouard et Gibert, n'ont, depuis tant de siècles, jamais rencontré de contradicteurs sérieux, parmi les médecins dont le nom jouit de quelque autorité. L'histoire entière de la médecine dépose, de la manière la plus éclatante, en faveur de ce principe, et non-seulement dans les

choses, mais aussi dans le langage de la médecine. N'est-ce pas d'après ce principe qu'ont été créés les mots *antiphlogistiques*, *antiseptiques*, *antispasmodiques*, *antivénériens ou antisyphilitiques*, *anthelminthiques*, *antipsoriques*, *antiscorbutiques*, *antiscrofuleux*, *antidotes* (1), etc., etc.? N'est-ce pas encore d'après ce même principe qu'on agit en saignant dans la *pléthore* bien caractérisée, en prescrivant une alimentation substantielle, les préparations de fer, etc., dans la chlorose et l'anémie, en opposant les *unissants* aux solutions de continuité, la *division* dans les adhésions ou unions anormales, la *réduction* dans les solutions de contiguïté, les déplacements, la *dilatation* dans les rétrécissements et réciproquement, les évacuants contre les retenta, l'extraction dans les cas de corps étrangers, etc., etc.? On n'en finirait pas s'il fallait énumérer tous les moyens médicaux et chirurgicaux qui ont reçu des noms en rapport avec le principe : *Contraria contrariis curantur.*

C'est conformément à ce principe que nous avons dit, et nous ne craignons pas de le répéter : *La thérapeutique n'est, en quelque sorte, qu'un corollaire de la pathologie.* C'est dans le même sens que, dans notre rapport sur le mémoire de M. Le Calvé, nous avons dit que cette proposition : *Curationes ostendit morborum natura*, était la réciproque de cette autre proposition si connue d'Hippocrate : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Ces propositions, et d'autres analogues, reposent sur un principe tellement clair, tellement évident, qu'on a peine à concevoir qu'il ait été attaqué par M. Renouard. Il y a peu de mérite à réfuter des objections contre un tel principe, qui se réfutent en quelque sorte d'elles-mêmes. M. Renouard

(1) Je n'ai pas besoin de dire que je réserve ici mon droit de critique sur la doctrine et la nomenclature relatives à plusieurs des maladies d'où dérivent les noms qui ont été donnés à leurs remèdes ; mais en ce moment je remplis uniquement le rôle d'historien. Ce droit de critique, je l'ai d'ailleurs exercé dans ma *Nosographie médicale*, et dans d'autres ouvrages.

lui-même, dans toute sa pratique médicale, n'a pu s'empêcher d'agir conformément au principe qu'il combat si malheureusement. Vainement nous objecterait-il les cas dans lesquels nous ne connaissons pas la nature des maladies, bien que nous soyons en possession de moyens qui les guérissent ou les préviennent, les fièvres intermittentes, la syphilis et la variole, par exemple. Avant lui, nous avons reconnu nous-même les cas où notre esprit ne pouvait, dans l'état actuel de la médecine, saisir le rapport *logique* entre le remède et la maladie. Mais de ce que nous ne le saisissons pas encore, s'ensuit-il qu'il n'existe pas? Il serait absurde de penser ainsi. Et de ce que dans certains cas, on est parvenu à trouver le remède de la maladie, sans connaître le rapport logique qui les unit, en faut-il conclure, contrairement à l'évidence, qu'il en a été de même dans les cas infiniment plus nombreux dont nous avons parlé plus haut? Tel est, d'ailleurs, le pouvoir du principe *contraria contrariis curantur*, qu'on a, conformément à ce principe, donné le nom d'*antipériodique* au quinquina. Se servir de cette dénomination n'est-ce pas reconnaître que le rapport *logique* non encore trouvé entre les fièvres intermittentes et le quinquina est celui de *contraire* à *contraire?* Ce n'est là qu'une *induction*, j'en *conviens*. Mais ici l'induction équivaut réellement à la démonstration directe.

De ce que, dans le cas dont il s'agit, comme dans celui de la vaccine, ce n'est pas de la notion, de la nature de la maladie que dérive la découverte du remède curatif et du remède préservatif, on se tromperait étrangement en en concluant que cette découverte est le fait de l'*expérience*, ou confirme le principe de M. Renouard. Lorsqu'en effet, on a conçu pour la première fois l'*idée* d'employer le quinquina pour guérir la fièvre intermittente, la vaccine pour préserver de la variole, *dans quels cas analogues ces moyens avaient-ils le mieux réussi?* Ici, comme précédemment, le principe est en défaut, puisqu'il suppose toujours *découvert* ce qu'il s'agit précisément de découvrir.

La découverte de la *vertu curative* du quinquina, de la *vertu prophylactique* de la vaccine, est elle-même le fait de

cette faculté *intellectuelle* particulière, de ce génie spécial dont nous avons parlé précédemment. Mais ici cette admirable découverte s'est opérée, sans la connaissance du rapport *logique* entre la nature intime du mal et celle du remède, double nature intime qui compte parmi les problèmes de la médecine que nous n'avons pu résoudre encore, sortes de mystères de notre science. Les découvertes de cette dernière espèce qui, elles aussi, font tant d'honneur à l'esprit humain, ne portent, d'ailleurs, aucune atteinte au principe que de la connaissance de la nature de la maladie découle celle de la nature du moyen qui lui convient. Elles prouvent seulement que dans certains cas le génie des découvertes thérapeutiques peut, même quand cette donnée lui manque, inventer le remède.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur cet article, ne fût-ce que par la crainte, assez fondée, d'être mis au rang des *ultrà-métaphysiciens* et des *idéologues*, après avoir, tout aussi justement, été accusé de l'excès opposé. Il serait néanmoins assez curieux, plaisant même, que, soit ici, soit au dehors, on eût l'idée de m'intenter quelque procès de lèse-observation ou de lèse-expérience, à moi, vétéran, qui, par un exemple assez difficile à imiter, ai blanchi à leur service ; à moi qui n'ai cessé, depuis quarante ans passés, de recueillir, au lit des malades, *inter tædia et labores*, les matériaux de mes ouvrages ; à moi, enfin, qui, depuis cette époque, n'ai jamais passé un seul jour sans consulter l'oracle de l'observation et de l'expérience, et sans fléchir librement le genou devant les saints autels de ces deux grandes patronnes de la médecine.

Mais ce culte pour l'expérience et l'observation ne m'empêche pas de reconnaître à la médecine une troisième patronne, non moins grande et moins sainte que les deux autres. Cette troisième patronne, qui n'a pas encore reçu de nom assez significatif ou compréhensif, est la *logique* avec toutes ses opérations. Voilà, si j'ose ainsi parler, l'espèce de trinité médicale sous l'invocation de laquelle chacun de nous doit se placer ; voilà l'église médicale hors de laquelle il n'y a point de salut.

4° MM. Renouard et Gibert veulent, avec raison, des principes

et une profession de foi. Par quelle fatalité, après en avoir demandé, en quelque sorte, à grands cris, ont-ils donc combattu les principes, les professions de foi des grands systèmes (hippocratisme et vitalisme sous toutes ses formes, organicisme), qui ont régné ou règnent encore, sans proposer, sans formuler de principes, de profession de foi qui leur fussent propres? En effet, *rien de moins nouveau sous le soleil*, que le précepte de *traiter chaque maladie par les moyens qui ont le mieux réussi dans des cas analogues*. M. Renouard en fait lui-même le modeste aveu; d'où il suit que cet auteur d'un mémoire sur les doctrines médicales et son rapporteur, infidèles pour ainsi dire à cet évangile dont ils s'étaient d'abord constitués les apôtres, n'ont, en définitive, fait autre chose qu'essayer de renverser les temples et les autels des anciens dieux de la médecine, sans en proclamer un nouveau.

On ne saurait trop leur reprocher en particulier d'avoir essayé de saper le plus solide, le plus large fondement de la thérapeutique. Enlever pour base à la thérapeutique, aux indications thérapeutiques, la notion de la nature des maladies, n'est-ce pas, en effet, lui ravir sa *pierre angulaire?* privée d'une telle notion, la thérapeutique ne procéderait-elle pas en aveugle, dans l'immense majorité des cas? Ne voguerait-elle pas au hasard comme un pilote dépourvu de boussole et d'étoile polaire?

Même avec la donnée d'une notion suffisante de la maladie, l'art de trouver les médications de tout genre, leurs procédés divers, leurs formules pour tous les cas, etc., offre assez de difficultés pour qu'on ne lui refuse pas ce puissant secours. La thérapeutique, telle que la représentent MM. Renouard et Gibert, est une sorte de Minerve dépourvue de son front, ce *sanctuaire* de sa profonde et divine *sagesse*.

5° Nous sommes heureux de répéter, en terminant, que tous les principes combattus par MM. Renouard et Gibert, tels que Hippocrate, Galien nous les avaient légués, non-seulement sont restés debout, mais qu'ils sont aujourd'hui plus assurés que jamais. Force est restée au droit et à la vérité. Il est, au reste, des révolutions ou plutôt des contre-révolutions

impossibles. Ce sont celles où l'on s'attaque à des principes que le bon sens lui-même a pour ainsi dire révélés, et qui sont consacrés par l'autorité des siècles, ainsi que par celle de certains hommes de génie dont les noms vivront jusqu'à la postérité la plus reculée.

Nous nous plaisons, du reste, à proclamer que nous avions à lutter contre de vigoureux adversaires. Si, plus tard, d'autres combattants voulaient défendre une cause dans laquelle ils ont succombé, ils pourraient leur dire :

..... Si Pergama dextra
Defendi possent, etiam hac defensa fuissent.

—

Élection d'un membre associé national.

Conformément au rapport de la commission, l'Académie a adopté une liste de présentation dans laquelle les candidats étaient classés de la manière suivante :

En première ligne : M. Denis (de Commercy).
En seconde ligne : M. Landouzy (de Reims).
En troisième ligne : M. Gendron (de Château-du-Loir).

Le nombre des votants est de 64 ; majorité absolue, 33.

Au premier tour de scrutin, M. Denis obtient 37 suffrages.
— M. Landouzy — 26 —
— M. Gendron, — 1 —

En conséquence, M. Denis est proclamé élu membre associé national de l'Académie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Gazette médicale de Paris, n. 32.
La France médicale et pharmaceutique, n. 32.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 31.
L'Abeille médicale, n. 32.
Gazette des hôpitaux, n. 91 à 93.
L'Union médicale, n. 92 à 94.
Le Moniteur des hôpitaux, n. 92 et 93.
Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 5.

SÉANCE DU 16 AOUT 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes informe l'Académie que des places lui seront réservées à Notre-Dame pour assister au *Te Deum* qui sera chanté le 15 août.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Bouches-du-Rhône pendant l'année 1858. — Un rapport final de M. Simyan sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les environs de Cluny pendant les années 1858 et 1859. (*Commission des épidémies.*)

II. Un rapport de M. le docteur Jaubert sur le service médical des eaux de Gréoulx pendant l'année 1857. (*Commission des eaux minérales.*)

III. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1858 dans les départements des Hautes-Alpes, du Finistère, du Morbihan, de Saône-et-Loire et de la Seine-Inférieure. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. Huzard écrit à l'Académie qu'il lui offre en hommage un buste en marbre de feu son père, ancien membre titulaire de la Compagnie. (Des remercîments seront adressés à M. Huzard.)

II. M. le docteur Denis (de Commercy) adresse ses remer-

cîments à la Compagnie pour la distinction qu'elle lui a conférée en le nommant membre associé national.

III. M. Robert Uvedale West adresse à l'Académie un résumé des cas de mort-nés survenus dans sa pratique, pour faire suite à ses précédentes communications. (*Commission nommée :* M. Danyau, rapporteur.)

IV. M. le docteur Benoist adresse une lettre de réclamation de priorité au sujet de l'appareil électro-médical présenté dans la dernière séance au nom de M. Ruhmkorff. (*Renvoi* à M. Gavarret.)

—

RAPPORT.

M. Robinet donne lecture d'un rapport fait à la demande de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes sur les propriétés que l'on attribue à l'écorce du frêne haïtien de guérir la dysentérie.

—

DISCUSSION.

Sur les doctrines médicales.

M. Gibert : Je répondrai en peu de mots au discours de M. Bouillaud. L'orateur ne m'a pas paru nous avoir bien compris, ni l'auteur du mémoire ni moi ; et, la preuve, c'est qu'après avoir longuement développé sa thèse, il a terminé par une conclusion qui est absolument la nôtre, savoir que tout l'art de la médecine consiste essentiellement dans *un empirisme raisonné*... Or, nous n'avons pas dit autre chose : M. Renouard a même proposé de désigner cet empirisme sous le nom d'*empiri-méthodisme* pour le distinguer de l'empirisme pris en mauvaise part. Je ne sais, en vérité, pourquoi l'orateur a soutenu avec tant d'animation, et comme nous étant opposé, un principe qu'assurément personne ne conteste, savoir : que le raisonnement doit intervenir pour apprécier, juger et coordonner les faits révélés par l'application

des sens. Nous savons tous, et Aristote l'a proclamé il y a 2000 ans, que c'est cette faculté de se souvenir, d'apprécier, de comparer, de juger, de raisonner, en un mot, qui distingue l'intelligence humaine de l'instinct des animaux, et qui fait que ceux-ci ne peuvent acquérir une expérience comparable à l'expérience de l'homme.

Mais là n'était pas la question. Laissant de côté les discussions dogmatiques et historiques développées dans le mémoire, discussions dans lesquelles je m'étais borné à signaler les points de dissidence existants entre l'auteur et le rapporteur, je m'étais attaché à faire ressortir la proposition capitale de l'œuvre, celle qui avait pour but de soustraire enfin la thérapeutique à la domination des théories pathologiques, domination qui a eu récemment de si déplorables résultats!

Or, l'argumentation principale du mémoire comme du rapport était celle-ci :

1° La pathologie est la science de la description, de la distinction et du classement des espèces morbides;

2° La thérapeutique est l'étude des effets produits dans l'état de maladie par les divers agents appliqués au corps de l'homme;

3° Les études anatomiques, physiologiques et pathologiques n'ont jamais conduit et ne pourront jamais conduire directement à l'indication du remède.

L'observation et l'expérience seules peuvent le faire découvrir.

Et, à l'appui de ces données théoriques, nous disions avec Hippocrate : Est-ce que l'étude anatomique du cerveau pouvait donner une idée des troubles que l'action du vin et des spiritueux produit dans l'intelligence? Est-ce que l'idée qu'on peut se faire d'une fièvre intermittente aurait jamais révélé la cause miasmatique qui l'engendre, et le remède spécifique qui la guérit?

Nous avons encore ajouté : Est-ce que les méthodes prétendues rationnelles des savants du xve siècle, restées impuissantes contre la syphilis, n'ont pas dû céder à l'empirisme qui a fait connaître l'action spécifique du mercure?

A tout cela M. Bouillaud avait une réponse bien simple à faire. Puisqu'il prétend, contre nous, que ce sont les théories anatomiques, physiologiques et pathologiques qui fournissent nécessairement les inductions thérapeutiques, il lui suffisait d'opposer à nos exemples, tirés de l'empirisme, les exemples puisés à la source savante du rationalisme, et de nous démontrer par les faits la supériorité des méthodes thérapeutiques dites rationnelles sur les méthodes empiriques.

Il ne l'a pas fait, je dois supposer que c'est qu'il n'a pas pu le faire... Dès lors, que devient toute son argumentation ?

Je sais bien qu'il nous a dit que nous n'étions encore qu'au début de la vraie carrière scientifique, et que dans un millier d'années, peut-être, nous jouirions enfin d'une science véritablement rationnelle.

Je lui en demande pardon ; mais réellement, et malgré moi, cette promesse me rappelle les programmes accoutumés de certaines utopies républicaines, qui commencent par imposer un joug sévère, mais qui promettent invariablement la liberté, la félicité et la fraternité... pour le lendemain !

D'ailleurs, que M. Bouillaud se rassure, la proposition que nous avons soumise à l'Académie n'implique nullement une approbation donnée aux doctrines du mémoire, non plus qu'à celle énoncée dans le rapport. Si nous avons demandé que le travail de M. Renouard fût distingué de ceux qui nous sont journellement adressés, et renvoyé au comité de publication..., nous n'avons pas eu pour cela la prétention d'imposer à personne la règle de thérapeutique formulée par l'auteur; nos motifs ont été clairement exposés dans le résumé suivant, et n'engagent nullement l'autorité scientifique de l'Académie :

« Quoi qu'il en soit (avons-nous dit, c'est-à-dire, évidem-
» ment, qu'on adopte ou non les principes de l'auteur),
» *quoi qu'il en soit*, par les questions qu'il soulève, par la
» clarté qu'il jette, à l'aide d'une discussion historique et cri-
» tique approfondie, sur les dogmes fondamentaux de la mé-
» decine, par l'esprit philosophique qui a présidé à sa rédac-
» tion, par la simplicité même du principe thérapeutique qu'il
» énonce. ., le mémoire de M. Renouard se distingue de nos

» travaux ordinaires, et mérite une place honorable dans vos » publications.

» Nous vous proposons, en conséquence :

» 1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur;

» 2° De renvoyer son travail au comité de publication. »

Nous croyons encore aujourd'hui devoir persister dans nos conclusions, qui n'ont d'ailleurs pas été explicitement attaquées par M. Bouillaud, je me plais à le reconnaître, et à en offrir à notre honorable contradicteur nos sincères remercîments, tant en notre nom qu'en celui de l'auteur du mémoire.

— M. Bouillaud : Je voudrais bien pouvoir remercier M. Gibert de l'honneur qu'il vient de me faire et des éloges qu'il m'a prodigués pour m'être trouvé en conformité de doctrines avec lui et avec l'auteur du mémoire qui a fait le sujet de son rapport; malheureusement je ne puis, dans l'occasion présente, accepter les compliments qu'il a bien voulu me donner.

Il y a entre ses doctrines et les miennes la différence de la nuit au jour; et vous allez voir, messieurs, que nous sommes séparés par un abîme.

Hippocrate a dit : *Experientia fallax; judicium difficile.* Il y aurait de quoi composer de gros volumes sur ce seul aphorisme. Mais je vais essayer de le commenter en deux mots. On aurait tort de voir dans ces paroles la condamnation de l'expérience et celle du raisonnement. L'expérience et la raison sont infaillibles par elles-mêmes; elles ne sauraient se tromper ni nous tromper. Ce n'est donc pas de l'expérience, mais des expérimentateurs; ce n'est pas de la raison, mais des logiciens, qu'a voulu parler Hippocrate. Oui, messieurs, il a voulu dire qu'il y a des expérimentateurs qui se trompent et des raisonneurs qui s'égarent. S'il y a des erreurs dans la science, ce n'est donc ni aux principes ni à l'observation qu'il faut s'en prendre, mais aux hommes, et aux hommes seuls, qui en font une mauvaise application.

Qu'il y ait de bons expérimentateurs, qu'il y ait de bons

logiciens, et on évitera bien des discussions, bien des disputes stériles.

Rousseau a bien traduit l'aphorisme d'Hippocrate, quand il a dit : « La médecine est infaillible... sans le médecin. »

Mais je reviens au rapport de M. Gibert, et je vais essayer de prouver que nous profes sons des doctrines diamétralement opposées.

J'ai proclamé l'insuffisance de l'expérience en matière de thérapeutique. Je suis tellement convaincu de cette insuffisance, que je défie qui que ce soit de citer l'exemple d'un remède, d'un bon remède qui ait été découvert par l'empirisme seul.

— M. Gibert : Le quinquina, le mercure, la vaccine..., c'est-à-dire les remèdes les plus efficaces et les plus puissants de la matière médicale.

Nierez-vous que la vaccine ait été découverte par des paysans, des vachers ? Assurément Jenner ne l'eût jamais découverte dans son cabinet.

— M. Bouillaud : La vaccine a été découverte par un vacher, c'est possible ; mais ce vacher était un homme de génie ! Il a saisi un rapport entre la maladie et l'agent propre à la guérir : or, pour trouver un semblable rapport, il faut avoir le génie de l'invention ! Ici encore l'expérience n'est venue qu'après, pour démontrer la légitimité de ce rapport, primitivement conçu et constaté par l'esprit. En citant un pareil exemple, M. Gibert vient à l'appui de la thèse que je soutiens.

Je le répète donc, il y a un rapport nécessaire entre la notion de la maladie et la conception du remède.

Voilà un premier point sur lequel nous sommes en désaccord complet avec M. Gibert.

En second lieu, j'ai cherché à établir la vérité de l'aphorisme *contraria contrariis curantur*, et je me suis efforcé de prouver que c'est un des principes qui doivent servir de guides dans la recherche d'un traitement rationnel. M. Gibert a combattu ce principe à outrance, et il déclare que nous

sommes d'accord ! Il me met en demeure de citer des exemples à l'appui de mon opinion.

Mais, en vérité, messieurs, je ne serai embarrassé que du choix, car je pourrais, si je le voulais, dérouler ici tout le cadre pathologique. Je me contenterai de quelques citations.

Quels moyens emploie-t-on pour combattre les inflammations ? Les antiphlogistiques, c'est-à-dire des remèdes qui agissent en sens inverse de l'action connue de la maladie. Contre-stimulants ou émissions sanguines, peu importe ! Ce sont des moyens identiques ! Leurs noms sont différents ; mais ils sont dirigés contre le même principe morbifique, qui s'appelle ici inflammation, là *stimulus;* leur but est exactement le même, et leur emploi repose sur la notion de la nature de la maladie.

Voulez-vous que nous prenions des exemples dans une classe de maladies opposées, celles où l'action vitale, au lieu d'être en excès, est en défaut. Que faites-vous ? Vous avez recours aux moyens analeptiques, reconstituants, toniques, aux remèdes propres à relever les forces abattues ou épuisées. *Contraria contrariis...*

Dans les affections dites septiques, on se sert également de remèdes contraires au mal, et qu'on nomme pour cela antiseptiques.

Dans les cas d'empoisonnement, ne cherchez-vous pas à neutraliser l'action du poison par un antidote, c'est-à-dire par une substance qui produise un effet tout opposé à celui de l'agent toxique ? Et le résultat n'est-il pas d'autant plus certain que le remède possède des qualités plus différentes de celles du poison ? N'est-ce donc pas la notion du poison qui fournit la conception du remède, du contre-poison ?

Voulez-vous des maladies plus communes et d'un ordre plus simple ? Voyez les solutions de continuité, les déviations, les changements de rapport et de situation, etc. Direz-vous que la notion très exacte de chacune de ces lésions et de leur mode de production ne soit pas absolument nécessaire pour trouver le traitement qui leur convient ? Nierez-vous ici le rapport intime, essentiel du remède avec le mal ? Nierez-

vous enfin que la meilleure thérapeutique consiste à agir en sens inverse de la lésion et de la cause qui l'a produite? Les tissus sont divisés, ne faut-il pas les rapprocher ? Deux organes sont anormalement séparés, ne faut-il pas les rapprocher? *Contraria contrariis.*

Et de même pour les dilatations, les rétrécissements, les corps étrangers, etc.

Une dilatation réclame des agents de constriction ; un rétrécissement, des agents de dilatation ; un corps étranger, des moyens d'extraction. Que dirait-on d'un médecin assez stupide pour prescrire des globules et des remèdes infinitésimaux dans les maladies organiques ?

Vous le voyez donc, messieurs, il n'est pas besoin de grands efforts de dialectique pour établir les vérités que je cherche à démontrer ; elles sont tellement évidentes qu'il suffit d'un peu de bon sens pour les comprendre.

Je crois avoir suffisamment prouvé par ces exemples que le raisonnement et l'invention, la notion du rapport de la maladie avec le remède doivent intervenir avant l'expérience ; que celle-ci ne peut agir en thérapeutique que sur quelque chose déjà trouvé, sans cela elle porterait dans le vide. C'est un contrôle, c'est un *criterium*, et pas autre chose.

Je crois avoir prouvé aussi, par ces mêmes exemples, que toute la thérapeutique repose sur l'aphorisme : *Contraria contrariis curantur.*

Encore un dernier exemple emprunté à la médecine chirurgicale. Aujourd'hui même j'ai assisté à une opération de fistule vésico-vaginale. Vous savez combien cette opération est longue, difficile, compliquée. Pensez-vous qu'elle soit sortie d'emblée de l'expérience ? Les différents temps dont elle se compose ne sont-ils pas basés sur une connaissance parfaite de la maladie, et ne consistent-ils pas dans l'emploi d'une série de moyens contraires à la lésion? N'a-t-il pas fallu inventer, concevoir une semblable opération avant de l'appliquer? Or, pourrez vous arriver à l'idée d'une opération convenable, d'un traitement rationnel, si vous ne connaissez

parfaitement les éléments de la maladie, ses caractères propres, ce qui la constitue, en un mot?

Je sais bien qu'il est des maladies, comme la variole, pour lesquelles cette notion est demeurée jusqu'à présent impossible, mais aussi la thérapeutique est désarmée contre de semblables maladies; nous n'avons aucun remède spécial, aucun traitement rationnel à leur opposer.

Nous avons été plus heureux pour les fièvres intermittentes, dont nous ne connaissons pas non plus tous les éléments. On a trouvé le remède qui les guérit; mais encore ici, je le répète, ce n'est pas l'expérience qui seule a contribué à cette découverte. Il a fallu l'intervention du jugement, qui a saisi les rapports du mal avec le remède. Le remède trouvé, nous l'avons soumis à l'expérience, et l'expérience a confirmé les données du raisonnement.

Est-ce à dire, messieurs, que je n'apprécie point toute la valeur de l'expérience et de l'observation, que je ne leur fasse jouer qu'un rôle secondaire et pour ainsi dire comparse? Nullement. Je les crois aussi nécessaires que le raisonnement, et je ne suis pas de ceux qui les considèrent comme exclusives, ou qui les font marcher l'une sans l'autre.

La conception intellectuelle qui invente et l'expérience qui contrôle sont deux sœurs inséparables. Leur intervention est nécessaire pour donner à un fait ou à un principe une valeur scientifique. Sans la réunion du raisonnement et de l'expérience, il est impossible de rien fonder de durable et de rationnel en médecine. Toutes les fausses doctrines sont nées du divorce de ces deux procédés philosophiques.

Je termine en déclarant que M. Gibert n'a point réfuté mes principes, que nous sommes très loin de nous entendre, et que s'il veut l'accord entre nous deux il fera bien de se rattacher aux doctrines que je viens d'exposer, qui sont, non pas les miennes, mais celles des princes de l'art, de tous les temps et de tous les lieux.

Quant aux conclusions du rapport, je les adopte très volontiers, car *j'ai discuté et me voilà désarmé...*

— M. Gibert : La plus grande partie de la brillante improvisation de M. Bouillaud passe par-dessus notre tête sans nous atteindre. Nous sommes loin de nier l'importance qu'il attribue au raisonnement, et nous reconnaissons la nécessité de son intervention, de concert avec l'expérience. Ce que nous avons voulu démontrer surtout, ce que M. Bouillaud n'a pas réfuté d'ailleurs, c'est que les grandes hérésies médicales viennent toutes de ce qu'on a voulu appliquer les notions anatomiques, physiologiques et pathologiques à la thérapeutique; en un mot, la thérapeutique a été dans tous les temps faussée par les doctrines nosologiques. En est-il un plus déplorable exemple que ce qui s'est passé du temps de Broussais? Sa doctrine et les conséquences pratiques qu'il en tira ne furent-elles pas une véritable calamité publique?

Je ne conteste pas la justesse de tout ce qu'a dit M. Bouillaud; mais pourtant il suffit d'ouvrir les yeux pour voir que les choses, en thérapeutique, ne se passent pas toujours comme il l'a dit, et que nos meilleurs remèdes, nos remèdes les plus efficaces, sont dus à l'expirisme, et ont été découverts d'abord par l'expérience. Je le répète, c'est ainsi qu'on a connu les vertus du mercure, du quinquina et de la vaccine.

— M. le Président met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

M. Patissier fait hommage à l'Académie, au nom des auteurs, d'un Traité général pratique des eaux minérales de la France et de l'étranger, par MM. J.-E. Pétrequin et A. Socquet.

Le professeur Bégin. — Notice historique lue à la réunion générale de la Société de médecine de Strasbourg, du 7 juillet, par M. le docteur Herrgott.

La Revue thérapeutique du Midi. 15 août.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 31.

Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles, n. 2.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Août.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 20.

Frammenti di patologia generale secondo le leggi naturali, par le professeur A. Tigri.

La Clinique européenne, n. 33.

La France médicale, n. 33.

L'Abeille médicale, n. 33.

Gazette médicale de Paris, n. 33.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 32.

Journal du progrès des sciences médicales, n. 2.

Le Moniteur des hôpitaux, n. 95.

Gazette des hôpitaux, n. 94 et 95.

L'Union médicale, n. 95 et 96.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 6.

The Atlantis, n. 4.

La Revue médicale française et étrangère. 31 juillet.

Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille. Juillet.

Montpellier médical, tome III, n. 2.

Journal des Savants. Juillet.

SÉANCE DU 23 AOUT 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse à l'Académie un mémoire sur le choléra envoyé par M. PARENTEAU, notaire. (*Commission du choléra de* 1854 : M. Barth, *rapporteur.*)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. La recette d'un médicament qui a été précédemment soumis à l'examen de la Compagnie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

II. Le même ministre demande de nouveau à l'Académie son avis sur les formules proposées par le sieur DELEBECQUE pour la fabrication d'eaux et de limonades gazeuses. (Renvoi à la *Commission des eaux minérales.*)

III. Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département du Cher pendant l'année 1858. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. De la préparation et des propriétés chimiques et médicales de l'iodure neutre d'antimoine, et de l'iodure d'antimoine et de fer, etc., etc., par MM. BRUMENT et PÉRIER, dont M. le docteur Ch. Robin présente une analyse sommaire. (*Commissaires :* MM. Bouillaud, Grisolle et Boudet.)

II. M. le docteur HAMON signale à l'Académie les bons effets

qu'il dit avoir obtenus de l'emploi d'une dissolution d'alun comme désinfectant. (*Renvoi* à l'examen de M. Renault.)

III. M. le docteur Marie Davy, professeur de physique et chimie au lycée Bonaparte, adresse à l'Académie une lettre de réclamation de priorité au sujet de l'appareil électro-médical à pile mercurielle présenté au nom de M. Rhumkorff dans une des dernières séances de la Compagnie. (*Commissaire :* M. Gavarret.)

IV. Note sur un nouveau dynamomètre médical de l'invention de M. le docteur Burq. (*Renvoi* à M. Gavarret.)

V. Note en italien sur un prétendu succédané du sulfate de quinine et de quinquina. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

—

RAPPORTS.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, donne lecture des rapports sur les remèdes secrets, inscrits sous les numéros suivants :

2,162, 3,033, 3,034 et 3,042.

Les conclusions négatives de tous ces rapports sont successivement mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

LECTURES.

I. M. de Castelnau achève la lecture commencée dans une précédente séance d'un mémoire intitulé : *Remarques physiologiques et légales sur l'interdiction.* (*Commissaires :* MM. Ferrus, Devergie, et Baillarger, *rapporteur.*)

—

II. *Sur une variété particulière de tumeur fibreuse provenant du follicule dentaire*, par M. Ch. Robin, membre de l'Académie.

Le fait dont je vais entretenir l'Académie n'a rien en lui-même d'exceptionnel. Il s'agit, en effet, simplement d'une tumeur fibreuse de la mâchoire telle qu'on en voit assez souvent. Elle offre néanmoins ceci de particulier que, développée chez un enfant à l'époque de la seconde dentition, elle a en quelque sorte dissocié dans la mâchoire inférieure autant de portions distinctes qu'il y a de dents molaires. On trouve, en effet, à la surface et dans l'épaisseur de la masse fibreuse des espèces de lobules osseux isolés, creusés chacun d'une alvéole contenant, soit une dent entourée partiellement de tissu fibreux, soit du tissu fibreux seulement. Ce tissu est semblable, physiquement, à celui de la masse fibreuse principale, et nous verrons plus loin qu'il offre la même texture.

Du reste, je laisse de côté tout ce qui concerne l'anatomie descriptive et l'étude chirurgicale de cette tumeur à M. le docteur Letenneur (de Nantes), qui en a fait l'ablation, et à M. Forget, qui, l'ayant reçue de ce dernier, en a fait la dissection, en a fait exécuter un bon dessin, et doit en présenter l'observation complète à la Société de chirurgie. Je veux seulement remercier ici ces deux honorables confrères de m'avoir permis d'étudier attentivement ce produit pathologique.

Au point de vue de l'anatomie générale, l'intérêt de ce fait consiste en ce que, par suite de la netteté de la fracture du tissu morbide, il fournit un exemple très caractéristique de ce fait, actuellement démontré, que parmi les tumeurs il en est qui forment un groupe à part au point de vue de la texture, en ce que leur constitution intime conserve toujours des rapports manifestes avec celle du tissu au sein duquel elles sont nées.

C'est ainsi qu'il s'agit ici d'une tumeur qui, examinée simplement à l'œil nu, serait déterminée comme étant une tumeur fibreuse ordinaire; d'une tumeur qui, étudiée par un anato-

miste qui ne connaîtrait point les modifications fœtales successives des tissus du bulbe dentaire et de l'organe de l'émail, serait considérée comme une tumeur fibro-plastique proprement dite; tandis que par la variété de forme étoilée des corps fibro-plastiques qui concourent à la former, par la disposition de ceux-ci, comparativement à ce qu'on voit sur le bulbe à l'état fœtal, cette tumeur peut facilement être reconnue comme offrant une texture analogue à celle de ce dernier. Cette analogie de texture, jointe aux dispositions anatomiques antérieures, montre qu'il s'agit là d'une tumeur qui dérive manifestement du tissu du bulbe et du périoste alvéolo-dentaire. Ce fait montre, en outre, jusqu'à quel point l'hypergénèse de certains tissus peut porter la déformation et l'augmentation de volume de certains organes, et consécutivement la dissociation des organes voisins.

Le tissu des masses morbides était remarquable par sa couleur d'un gris blanchâtre, assez mat, qui tranchait sur la couleur grisâtre demi-transparente du tissu lamineux unissant les unes aux autres les masses arrondies, oriformes composant l'ensemble de la tumeur. Le tissu pathologique était peu vasculaire; la coupe était d'aspect homogène; il offrait à la pression une résistance moindre que celle du tissu des tumeurs fibreuses et plus d'élasticité. Ce tissu se déchirait assez facilement dans un sens, et se rompait avec difficulté dans le sens opposé. Sa coupe offrait un aspect strié dans le sens où il se déchirait aisément, et la déchirure était comme fasciculée, marquée de stries ou de sillons rectilignes, parallèles.

Ces particularités se rencontraient sur le tissu qui entourait les dents, sur celui qui remplissait les cavités alvéolaires des petites masses osseuses isolées, et sur des lobules ovoïdes ou arrondies qui se trouvaient comme enveloppées en partie ou en totalité dans les deux plus grosses portions de la tumeur.

La dilacération destinée à rendre ce tissu propre à l'examen sous le microscope le réduit en petits filaments ou en couches et lamelles qui offrent une texture toute particulière. On le trouve composé par une trame de fibres lamineuses

minces, parallèles, peu flexueuses, isolées presque partout, réunies en petits faisceaux onduleux par places. Entre les fibres de cette trame, qui offrent une disposition très uniforme et très élégante par sa régularité, on voit par places une petite quantité de matière amorphe finement granuleuse et très transparente.

Mais ce qui frappe surtout dans ce tissu, et lui donne un aspect tout spécial, c'est la présence entre les fibres d'un grand nombre de noyaux ovoïdes, allongés, assez volumineux, semblables aux noyaux embryo-plastiques. Beaucoup sont hypertrophiés de manière à être devenus du quart à la moitié plus grands qu'à l'ordinaire, ou à avoir pris une forme presque sphérique.

Quelques noyaux possèdent un petit nucléole distinct au milieu des fines granulations moléculaires dont ils sont parsemés. On distinguait assez facilement que quelques-uns de ces noyaux seulement étaient libres entre les fibres du tissu, tandis que les autres occupaient le centre de corps fibro-plastiques.

Certains de ces corps étaient très régulièrement fusiformes, très allongés, à extrémité souvent bifurquée et flexueuse, prolongée même parfois en fibres lamineuses. Mais la plupart étaient des corps fibro-plastiques étoilés, fournissant de deux à quatre et même cinq prolongements pâles sur la périphérie du noyau, comme dans la pulpe dentaire et l'organe de l'émail chez les fœtus. Quelques-uns de ces prolongements étaient manifestement anastomosés comme beaucoup le sont dans le tissu de ces derniers organes. Dans les parties mêmes où ces corps fibro-plastiques étoilés étaient abondants, la plupart des noyaux conservaient leur direction parallèle entre eux et par rapport aux fibres lamineuses complétement dévéloppées, formant la trame du tissu. De ces dispositions résultait un aspect très élégant pour ce dernier dans les points où il était déchiré en couches assez minces et assez larges pour laisser voir cette texture par transparence sur une assez grande étendue.

On remarquait çà et là des portions du tissu dans lesquelles

ces corps fibro-plastiques étaient si abondants que leurs noyaux étaient presque contigus; là les fibres du tissu lamineux complétement développées manquaient presque entièrement.

Ce n'est aussi que par la dilacération de ces portions-là qu'on arrivait à reconnaître les éléments qui les constituaient, car avant leur isolement on ne voyait bien que les noyaux entassés, tandis qu'on ne distinguait que difficilement ou partiellement les corps fibro-plastiques. Il en résultait pour les parties du tissu ainsi constituées un aspect général qui se rapprochait un peu de celui que présentent dans certaines tumeurs épithéliales, les cellules prismatiques ou de petites cellules polyédriques accumulées ou disposées entre d'autres éléments, tels que de la matière amorphe, etc., en couches entraînées plus ou moins larges et épaisses.

Mais les portions offrant ces particularités de texture sont peu étendues: en faisant courir la préparation, on arrive insensiblement à rencontrer le mode de texture le plus ordinaire, où les fibres lamineuses complétement développées parallèles, peu entre-croisées, sont interposées aux corps fibro-plastiques.

Malgré les particularités précédentes de texture qui changeaient par places restreintes l'aspect général du tissu, il était impossible de ne pas reconnaître les analogies existant entre lui et la pulpe dentaire du fœtus. La trame de fibres lamineuses complétement développées est seulement bien plus abondante dans ces tumeurs que dans les organes normaux ci-dessus, ce qui donne au tissu de celles-là, une opacité bien plus grande sous le microscope et une teinte blanchâtre, mate, à l'œil nu, que la pulpe dentaire ne possède pas. En outre, la vascularité du tissu morbide est beaucoup moindre, et la matière amorphe interposée aux éléments est bien moins abondante que dans cette dernière. Quoi qu'il en soit, l'examen comparatif des deux tissus montre qu'il s'agit manifestement là de tumeurs dérivant des bulbes dentaires, et en conservant la texture caractéristique fondamentale, modifiée il est vrai, par la surabondance des fibres lamineuses,

mais sans intervention d'autres éléments que ceux qui entrent dans sa constitution ordinaire.

Ces tumeurs se rapprochent donc des tumeurs fibreuses, des tumeurs fibro-plastiques à corps fusiformes en particulier; mais avec des corps fibro-plastiques conservant la variété de forme étoilée qui leur est propre dans le bulbe dentaire encore jeune, et dans l'organe de l'émail. Cette particularité donne au tissu, sous le microscope, un aspect tout spécial qui distingue notablement son apparence de celle qui est offerte par les tumeurs renfermant surtout des corps fusiformes et des fibres lamineuses.

En examinant dans cette tumeur les corps fibro-plastiques isolés, on remarquait de suite que leurs noyaux, comme les noyaux libres, étaient devenus du quart à la moitié plus gros et même au delà, que dans le tissu normal du bulbe dentaire. Ils y étaient aussi plus granuleux.

La portion de substance en tournant le noyau était plus large qu'à l'état sain. Elle était mince, transparente, à contour assez tranché, bien qu'irrégulièrement quadrilatère, pentagonal ou triangulaire, selon le nombre et la disposition des prolongements se détachant des parties anguleuses de leur périphérie. Cette substance était finement granuleuse et notablement plus que dans les corps fibro-plastiques étoilés du bulbe dentaire normal.

Il résultait de ces particularités que ceux de ces corps dont la dilacération nécessaire à leur isolement avait rompu les prolongements en fibres lamineuses près du noyau avaient cessé au premier coup d'œil l'aspect général de cellules épithéliales irrégulières et prolongées sur leurs angles comme on en voit quelquefois. Néanmoins on reconnaissait promptement que ces corps fibro-plastiques étaient bien plus pâles que les cellules épithéliales en général, qu'ils offraient un contour moins foncé; puis surtout que beaucoup d'entre eux conservaient encore trop manifestement entiers, ou à peu près, la totalité ou un certain nombre de leurs prolongements pour que la confusion fût possible. Enfin leur arrangement réciproque et par rapport à la trame de fibres lamineuses

complétement développée donnait au tissu considéré comme tel des caractères très distincts de ceux que présentent les épithéliums, quels qu'ils soient.

Les tumeurs constituées par des éléments anatomiques offrant les particularités individuelles et de texture précédente ne sont pas extrêmement rares. Après en avoir considéré plusieurs comme étant de simples tumeurs fibreuses ou à corps fusiformes fibro-plastiques, j'en ai déjà examiné deux avant celle-ci dans lesquelles la texture était tellement analogue à celle du bulbe dentaire, qu'il était impossible de ne pas les considérer comme provenant d'une hypertrophie considérable du tissu de cet organe, bien que les rapports de la tumeur avec les dents ne fussent pas conservés. La pénétration du tissu dans la profondeur des alvéoles, son adhérence à la face interne de celle-ci, la manière dont il enveloppait d'une manière immédiate les dents et se continuait avec le bulbe plongeant dans la cavité de la racine dentaire, étaient autant de caractères qui mettaient hors de doute dans le cas actuel l'origine semblable de ces tumeurs. Les analogies du tissu avec celui du bulbe dentaire fœtal étaient du reste aussi tranchées que dans les autres cas, sauf toutefois la transparence.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine, par M. A. Dambre. 1er volume.

L'Unitéide, poëme par M. Gagne.

Omegar, proso-poésie, par madame Gagne.

Mémoire sur l'action curative et prophylactique du brôme contre les affections pseudo-membraneuses, par M. Ch. Ozanam.

Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale, comprenant la géographie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., par MM. Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy; Le Bret, médecin inspecteur adjoint des eaux d'Uriage; Lefort, pharmacien, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris; avec la collaboration de M. J. François,

ingénieur en chef des mines, pour les applications de la science de l'ingénieur à l'hydrologie médicale. La 2e livraison, in-8. Pages 193 à 416.

Compte rendu des travaux de la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, 1858-1859.

La Revue médicale française et étrangère, 15 août.

Bulletin général de thérapeutique, 15 août.

Journal de pharmacie et de chimie. Août.

The Dublin Quarterly Journal. Août.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 16.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 32.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 33.

L'Abeille médicale, n. 34.

Gazette médicale d'Orient, n. 5.

Gazette médicale de Paris, n. 34.

La France médicale et pharmaceutique, n. 34.

Clinique européenne, n. 34.

L'Union médicale, n. 97 à 99.

Gazette des hôpitaux, n. 96 à 98.

Das schwarze Buch vom Impfen, par M. le docteur Nittinger (de Stuttgart).

Die Impfzeit nnd die Protestanten gegen Jenner's Gift und Zauber, par le même.

Étude sur la variole, la vaccine et les revaccinations, d'après une enquête sur l'épidémie qui a régné à Genève et dans le bassin du Lemcen en 1858 et 1859, par M. le docteur Marc d'Espine.

De la mortalité relative des âges de vingt à vingt-cinq ans, et de vingt-cinq à trente ans en France, comparée à ce qui se passe dans d'autres pays sous ce rapport, par le même auteur.

Acta Academiæ J. L. G. naturæ curiosorum, volume XXVI, 2e partie.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 7.

SÉANCE DU 30 AOUT 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur MIOLET sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la ville de Gourdon (Lot). (*Commission des épidémies.*)

II. Un mémoire descriptif et un modèle d'appareil de bain de l'invention de madame JULIENNE. (*Commissaires :* MM. Poiseuille et Bouvier.)

III. La recette et des échantillons de sirop de belladone. — La recette et l'échantillon d'une eau dite résolutive. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1858 dans les départements de Loir-et-Cher, du Nord, de la Meurthe, des Côtes-du-Nord et de la Côte-d'Or. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. MM. RIGAULT et FOLLET (d'Amiens) adressent à l'Académie une note sur le résultat des expériences qu'ils ont entreprises avec la poudre de MM. Corne et Demeaux. (*Renvoi* à M. Velpeau.)

II. M. le docteur LERICHE (de Lyon) prie l'Académie de vouloir bien accepter un pli cacheté en dépôt dans les Archives. (*Accepté.*)

III. M. Bonjean (de Chambéry) demande qu'il soit fait application du décret du 3 mai 1850 au travail qu'il a soumis à la Compagnie sur la benzoate et le silicate de soude. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. M. le docteur Pitta (de Madère) adresse à l'Académie la liste de ses titres à la place de correspondant étranger. (*Réservée* pour la future Commission.)

V. M. Rhumkorff adresse à l'Académie une lettre au sujet des réclamations de priorité de MM. Benoît et Marie Davy, relatives à l'appareil électro-médical, présenté par M. Gavarret dans l'une des dernières séances. (*Renvoi* à M. Gavarret.)

—

LECTURES.

M. le docteur F. Voisin donne lecture d'un travail intitulé : *Analyse de l'entendement humain; quelles sont ses facultés, quel en est le nombre, quel en doit être l'emploi* (1). (*Commissaires :* MM. Baillarger, Falret, Ferrus.)

—

RAPPORTS.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, donne lecture des rapports sur les remèdes secrets, inscrits sous les numéros suivants :

3,054, 3,055, 3,069, 3,139.

Les conclusions négatives de ces rapports sont successivement mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

DISCUSSION.

État mental dans la chorée.

— M. Bouvier : Je souhaite vivement que l'Académie veuille bien me pardonner de revenir sur une discussion close.

(1) Ce travail formera le deuxième volume d'un ouvrage publié en 1858 sous le même titre.

Je comptais demander la parole beaucoup plus tôt; j'en ai été empêché par différentes circonstances. J'ai pensé néanmoins qu'il n'y avait pas prescription dans l'espèce, et que les loisirs de l'Académie dans cette saison me permettraient d'occuper aujourd'hui sans grand inconvénient quelques-uns de ses instants.

On se souvient que, le 5 juillet dernier, notre honorable collègue, M. Blache, a lu un rapport, qui a été fort goûté, sur un travail de M. Marcé relatif à *l'état mental dans la chorée.* Cette lecture a été suivie d'une discussion entre MM. Trousseau, Blache et Piorry. C'est sur quelques points de cette discussion que je désire vous présenter de courtes observations.

Je ne dirai rien de la question principale, des troubles de l'intelligence dans la chorée, si ce n'est que je m'associe pleinement aux éloges et aux critiques contenus dans le rapport de M. Blache.

Mais d'autres questions ont surgi dans le court débat qui a eu lieu. Notre savant collègue, M. le professeur Trousseau, a reproché à l'honorable rapporteur d'avoir désigné l'affection dont il s'agissait sous le nom *générique* de *chorée*, au lieu de s'être servi de l'expression *spécifique* de *danse de Saint-Guy*.

L'expression *danse de Saint-Guy*, suivant M. Trousseau, ne s'appliquerait qu'à une *espèce* d'un genre d'affection qui en comprendrait beaucoup d'autres, et c'est pour ce *genre*, pour ce groupe d'espèces morbides, que l'on devrait réserver le nom de *chorée*. « Or, a ajouté notre collègue, la maladie dont il s'agit dans le mémoire de M. Marcé, ainsi que dans le rapport de M. Blache, est celle qu'on a décrite et désignée *depuis bien des siècles* sous le nom de *danse de Saint-Guy*, *chorea sancti Viti*. »

Si je ne me trompe, il y a dans l'allocution de M. Trousseau une innovation de langage et une innovation de doctrine nosologique; et puis, le dirai-je, il y a encore autre chose; il y a un petit bouleversement historique. Permettez-moi de développer rapidement ces trois points :

1° Il y a une innovation de langage.

C'est en 1810 que le mot *chorée* fut introduit dans la langue médicale par un respectable médecin octogénaire, par Bouteille, dans son ouvrage intitulé : *Traité de la chorée*, ou *danse de Saint-Guy*. L'auteur, vous le voyez, présentait cette expression comme synonyme de *danse de Saint-Guy*. Ce mot *chorée*, dérivé du latin *chorea*, ou du grec χορεία, danse, fit fortune. Dans les années qui suivirent, ce mot se substitua peu à peu à l'expression *danse de Saint-Guy*. Ce fut un succès à faire envie à notre collègue M. Piorry. Dans les traités généraux, dans les articles de dictionnaires, dans les monographies, dans les journaux, dans les cliniques, dans le langage des académies, de l'enseignement, de la pratique, tout le monde se mit à appeler, comme Bouteille, la *danse de Saint-Guy* la *chorée;* tout le monde, à une exception près. Cette exception n'est pas bien ancienne ; elle remonte à moins de trois ans. En 1857, la *Gazette des hôpitaux* des mois de janvier et de février publia trois leçons de notre collègue M. Trousseau sur la *chorée*. Jusque-là, veuillez le remarquer, notre honorable collègue avait parlé comme tout le monde. En 1855, dans une autre de ses leçons sur le même sujet (1), la maladie est nommée partout *chorée;* nulle part ce n'est la *danse de Saint-Guy*. Dans la thèse remarquable de M. Moynier, élève distingué de M. Trousseau, thèse volumineuse, soutenue dans la même année 1855, c'est à peine si l'auteur, — excepté à l'article *diagnostic*, — emploie une ou deux fois l'expression *danse de Saint-Guy*. Mais une nouvelle doctrine, une nouvelle nomenclature, se font jour dans les trois leçons de 1857. Le professeur, — M. Trousseau, — voit cette fois des *danses* partout (2) ; il les appelle toutes des *chorées*, et, pour distinguer dans ce chaos la chorée vraie, il ne trouve rien de mieux que de réhabiliter le nom de *danse de Saint-Guy* et d'en restreindre le sens, en faisant de l'expression collective *chorée* un nom de genre commun à toutes les *danses* de la pathologie. C'est cette nomenclature, c'est cette doctrine,

(1) *Union médicale*, n° du 7 juillet 1855.

(2) « La chorée est une maladie caractérisée par des mouvements dés-

que notre collègue a reproduites devant vous il y a un mois.

Ainsi, le langage que M. Trousseau a reproché à M. Blache, c'est le langage de tout le monde, c'est le langage de M. Trousseau lui-même avant 1857. Le langage que M. Blache aurait dû tenir, suivant M. Trousseau, c'est le langage particulier à M. Trousseau depuis 1857.

S'il faut être sévère pour le néologisme, lorsqu'il consiste dans la création de mots nouveaux, on ne doit pas se montrer plus facile quand il détourne les mots anciens de leur acception reçue.

Le néologisme de mon honorable collègue, dans cette circonstance, est-il nécessaire, est-il utile?

La réponse à cette question se trouvera dans ce qui me reste à dire. Je passe à mon deuxième point.

2° Il y a dans les assertions de M. Trousseau une innovation de doctrine nosologique.

Les mots tiennent de si près aux choses, que M. Trousseau n'a pas pu toucher à la nomenclature, sans transformer en même temps la nosologie de la chorée. Pour constituer son *genre* des *chorées*, il lui a donné une extension qui est en opposition avec les principes nosologiques universellement admis. Ainsi, notre collègue range parmi les chorées : le tarentisme, ou la danse de la tarentule; la choréomanie ou dansomanie hystérique; le tremblement mercuriel; le délire alcoolique, ou *delirium tremens;* la *paralysis agitans*, et jusqu'à l'ataxie locomotrice progressive, décrite récemment par M. Duchenne (de Boulogne). C'est là assurément une innovation. Pour moi, je ne connais pas d'auteur moderne qui fasse de ces affections des *chorées.* Au contraire, presque tous ceux que j'ai consultés s'attachent à séparer nettement des différentes espèces de chorée le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, la choréomanie, le tarentisme, la *paralysis agitans*, l'ataxie locomotrice progressive.

ordonnés, analogues à de certaines danses. Le mot *danse* vous surprend peut-être; mais sachez, pour votre gouverne, qu'en médecine il y a beaucoup de danses. » Trousseau, *Leçon sur la chorée* (*Gazette des hôpitaux* du 22 janvier 1857).

L'innovation de M. Trousseau est-elle heureuse? Cela aurait besoin, je crois, d'être démontré.

Personne, je suppose, ne voudrait s'appuyer sur le sens étymologique du mot *chorée* pour l'appliquer forcément à toute *danse* morbide; ce n'est pas dans ce cas l'étymologie qu'il faut avant tout consulter.

Il n'y a véritablement, dans l'état actuel de la science, suivant une division qui paraît appartenir à M. Sée, que deux formes principales de chorée : 1° la chorée commune ou vulgaire, gesticulatoire, la chorée proprement dite, la danse de Saint-Guy de Sydenham, et 2° la chorée rhythmique, consistant en une suite de mouvements irrésistibles, mais réguliers, mais coordonnés, et non désordonnés. Cette seconde affection est si différente de la vraie chorée, qu'il est à souhaiter qu'on lui donne un autre nom.

En attendant, personne ne s'y trompe. Quand on dit la *chorée* sans ajouter à ce nom une épithète, chacun sait qu'il s'agit de l'espèce ordinaire, à mouvements désordonnés; il ne peut y avoir d'équivoque à cet égard. Il est donc inutile de remplacer ce nom par celui de *danse de Saint-Guy*, et M. Blache a eu raison de se conformer à l'usage dans la dénomination qu'il a choisie : aussi a-t-il été parfaitement compris de chacun.

Sans aucun doute, il y avait des distinctions à faire dans l'appréciation des faits exposés par M. Marcé; mais la nosologie nouvelle de M. Trousseau n'était nullement nécessaire pour conduire à ces distinctions. Et la preuve, c'est que mon savant collègue n'a pas signalé, dans le rapport, un seul inconvénient, une seule lacune qui soient résultés, à ce point de vue, du langage adopté par M. Blache.

Je crois avoir montré l'inutilité de la réforme proposée par M. Trousseau. J'irai plus loin; je soutiens que cette réforme serait nuisible, parce qu'elle rompt avec le passé, parce qu'elle est en désaccord avec la vérité historique, parce qu'elle consacre, en l'aggravant, une erreur de langage introduite par Sydenham.

Ceci m'amène à mon troisième et dernier point.

3° Il y a, ai-je dit, dans les propositions émises par M. Trousseau un petit bouleversement historique.

En effet, notre collègue a dit ceci :

« De quelle espèce de chorée s'agit-il donc? De celle qu'on a décrite et désignée *depuis bien des siècles* sous le nom de *danse de Saint-Guy* (1).

Rien n'est plus propre que l'histoire de la chorée à montrer tout à la fois l'importance des études historiques en médecine et l'injuste dédain dont elles sont trop souvent frappées. Remarquez bien, je vous prie, que je ne dis pas cela pour notre collègue M. Trousseau ; je le dis pour tout le monde, et, dans l'espèce, pour presque tous les hommes éminents, les médecins instruits, qui ont écrit sur la chorée depuis bientôt cent ans. Presque tous, depuis Cullen jusqu'au dernier ouvrage publié sur cette affection, qui est, je crois, l'excellent travail de M. Moynier, presque tous ont répété invariablement les mêmes erreurs, et ces erreurs dérivent d'une seule inexactitude historique.

Comment, dira-t-on, ai-je échappé à cette loi générale? Je ne veux pas me parer des plumes du paon; si j'ai évité la méprise que j'indique, c'est un pur effet du hasard.

En 1847, l'Académie de médecine proposa pour le prix Civrieux la question de la chorée. J'eus l'honneur d'être rapporteur de la commission, et en cette qualité je fus obligé de faire l'analyse des mémoires. On sait que le prix fut décerné à M. Sée (2), aujourd'hui mon collègue à l'hôpital des Enfants. Mais ce qu'on a peut-être moins bien retenu, c'est que, conformément aux conclusions de la commission, l'Académie accorda un encouragement de la valeur de 300 francs à M. le docteur Roth, médecin allemand fixé à Paris. M. Roth était peu connu du public des Académies. Lorsque son nom fut proclamé, je me rappelai avoir eu avec lui quelques relations de travail, qui avaient cessé de sa part, parce que, tout homme de sens et de science qu'il était, il s'éprit un beau jour des écrits et de la pratique des homœopathes d'Allemagne. Son

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, p. 1101.

(1) Le mémoire de M. Sée a été publié dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1850, t. XV, p. 373 à 525.

travail, quoique volumineux, était incomplet; le temps lui avait manqué. C'était moins une monographie qu'un recueil considérable de matériaux qui supposait de vastes recherches bibliographiques.

Quelques années plus tard, en 1855, chargé d'un autre rapport sur la chorée à l'occasion d'une lecture de M. Blache, je voulus toucher la question historique. Je trouvai des documents précieux dans le mémoire, alors imprimé, de M. Sée, et dans une note curieuse de M. Gillette; mais je pensai aussi à M. Roth. Je m'enquis de ce que son travail était devenu; je finis par découvrir un volume tout mince qu'il avait publié en 1850 (1). C'était un fragment de son œuvre, mais un fragment achevé, une perle d'érudition, et, cette fois, d'érudition raisonnée, d'érudition fructueuse; perle, hélas! restée inaperçue du plus grand nombre. Je puisai dans cet opuscule (2); mais je ne fus pas plus heureux que son auteur. Mon rapport fut bientôt oublié; les anciennes erreurs continuèrent d'avoir cours. La phrase de M. Trousseau, que j'ai citée, en est un léger reflet.

C'est cette persistance dans une voie fausse, malgré des rectifications que chacun a sous la main, qui me porte à vous entretenir de nouveau de ces faits historiques, dans l'espoir de mettre un terme à des équivoques sans cesse renouvelées depuis plus de quatre-vingts ans.

L'expression *danse de Saint-Guy* est, comme M. Trousseau nous l'a rappelé, la traduction des mots *chorea sancti Viti*, employés par les médecins qui ont écrit en latin. Au premier abord, *sanctus Vitus* ne semble pas être la même chose que Saint-Guy; et, en effet, on a dit aussi, et plus exactement en apparence, *danse de Saint-Vit* ou *Vite*, ou *Veit*, et les Allemands disent encore *Veitstanz*, danse de Veit; mais les *Acta sanctorum* nous apprennent que le Sicilien *Vitus*, martyr sous Dioclétien, fut honoré en France sous le nom de Saint-Guy, et le nom allemand *Veit*, qui rappelle le latin *Vitus*, se tra-

(1) Voy. Roth, *De la musculation irrésistible*, Paris, 1850.

(2) Voy. mon rapport de 1855, *Bulletin de l'Acad.*, t. XX, p. 833.

duit par le nom français *Guy*. Ces dénominations sont donc identiques.

Or, il n'y a pas deux cents ans que le nom de *chorea sancti Viti* a été donné à notre chorée vulgaire ou gesticulatoire, à celle que M. Trousseau veut qu'on appelle exclusivement *danse de Saint-Guy*. Avant Sydenham, on désignait sous ce nom une maladie toute différente, qui n'a rien de commun avec notre chorée. C'était une envie immodérée de sauter, de danser, une sorte de fureur dansante, une choréomanie. C'est là un fait déjà parfaitement établi par plusieurs écrivains; mais ce que M. Roth a surtout démontré, c'est qu'on ne trouve pas un auteur, avant la fin du XVIIe siècle, qui se soit servi dans un autre sens des mots *chorea sancti Viti*.

Il faut donc, en un mot, distinguer deux périodes dans l'emploi de l'expression *danse de Saint-Guy*.

1° La première période comprend deux siècles, le XVIe et la presque totalité du XVIIe. Elle commence à Paracelse, qui a parlé le premier de la *chorea sancti Viti*, et elle finit à Sydenham. Consultez tout ce qui a été écrit sur cette *danse*, dans cet espace de deux cents ans, par Paracelse lui-même, par Schenk de Graffenberg, par les deux Camerarius, par Félix Plater, par Horst ou Horstius, Sennert, Willis, et vous vous convaincrez que personne, à cette époque, n'entendait par *danse de Saint-Guy* l'affection que nous connaissons aujourd'hui sous ce nom.

Ne croyez pas pour cela que notre chorée vulgaire fut alors inconnue, comme on l'a prétendu. Dès le XVe siècle, Beniveni, de Florence, en avait publié un cas, et les exemples de la véritable affection gesticulatoire se multiplièrent dans les deux siècles suivants. Willis en parle même d'une manière générale comme d'une maladie qu'il avait vue un certain nombre de fois. Mais on n'avait pas de nom particulier pour désigner cette névrose. Les uns en faisaient une épilepsie gesticulatoire, saltatoire, les autres un tremblement ou un genre de convulsion, ou bien on ne la désignait que par une périphrase. On ne pouvait songer d'ailleurs à y voir la *chorea sancti Viti*. Deux médecins seulement, dans cette pre-

mière période, Ekhold et Joseph Dolœus, pensèrent à rapprocher cette affection de la choréomanie. Ekhold, écrivant à Horst pour le consulter sur un cas de ce genre, lui exprima, sous la forme du doute, l'idée que ce pouvait être une *saltatio sancti Viti;* mais Horst ne répondit à cela qu'en témoignant sa surprise d'un pareil rapprochement. Joseph Dolœus, lui, se borne à dire que l'enfant était dans un mouvement perpétuel, comme si elle dansait ou comme si elle était prise de la *danse de Saint-Guy;* nouvelle preuve de la différence capitale qu'on établissait alors entre cette dernière affection et la maladie que cet auteur lui comparait.

2° La deuxième période comprend les XVIIIe et XIXe siècles; elle commence à Sydenham, dans les écrits duquel on trouve, pour la première fois, notre chorée actuelle décrite sous le nom de *chorea sancti Viti*. Cependant Sydenham, en adoptant cette dénomination, ne croyait pas innover : « Dans certaines affections du genre nerveux, dit-il, il est nécessaire de réitérer la saignée et la purgation... J'en citerai pour exemple cette sorte de maladie convulsive *appelée communément danse de Saint-Guy* (1). » Sydenham avait-il réellement connaissance que d'autres eussent donné ce nom à la chorée avant lui, ou ne s'est-il pas plutôt trompé sur le sens de cette expression? Cette dernière supposition semblera la plus vraisemblable, tant qu'on ne trouvera pas la preuve que le même langage ait été tenu avant que Sydenham ait écrit ses ouvrages. L'Hippocrate anglais, ce grand observateur de la nature, était un pauvre érudit; suivant ses biographes, il poussait jusqu'à l'affectation le mépris des livres. « Lisez *Don Quichotte*, répondit-il un jour à Richard Blackmore, qui lui demandait quels livres profiteraient le plus à son instruction médicale. Il ne serait donc pas surprenant qu'il n'ait pas eu une idée précise de la *chorea sancti Viti* des écrivains du XVIe siècle, maladie qu'on ne voyait plus de son temps. Au surplus, que Sydenham soit l'auteur de cette méprise, ou qu'il n'ait fait que la partager, il n'a pas moins le tort de l'avoir

(1) *Médecine pratique de Sydenham*, traduite par Jault, t. II, p. 313.

commise, et, qui plus est, propagée; car la seule autorité de son nom pouvait avoir assez de crédit pour la répandre. Ce qu'il y a de curieux dans cette affaire, c'est qu'on glorifia plus tard Sydenham de ce qui n'était de sa part qu'une erreur, en lui attribuant le mérite d'avoir donné la *première* description de la maladie, parce qu'il l'avait *si bien* dénommée.

Après Sydenham, le nouveau nom de l'affection gesticulatoire passa peu à peu dans les écrits des médecins du XVIIIe siècle. Quelques-uns des plus savants continuèrent pourtant à prendre les mots *chorea sancti Viti* dans leur acception primitive. On vit ainsi la même expression prise dans deux sens très différents, ce qui était peu propre à faciliter l'intelligence des auteurs. Cette double signification fut consacrée par Sauvages dans sa *Nosologie méthodique*. Le genre XV de sa classe VIII,— de la classe des Vésanies,— réunit sous le nom de *tarentisme* plusieurs sortes de danses involontaires. L'espèce 2 est le *saltus Viti*, la *chorea sancti Viti* de Félix Plater, de Sennert et des autres médecins des XVIe et XVIIe siècles (1). D'un autre côté, le genre XXI de la classe des Spasmes ou de la classe IV de la *Nosologie méthodique*, ordre des Spasmes cloniques universels, comprend, sous le nom, impropre il est vrai, de *scelotyrbe*, la *chorea sancti Viti* de Sydenham, la danse de Saint-Guy des écrivains modernes (2). On ne pouvait pas rendre d'une manière en quelque sorte plus palpable la distance qui sépare deux affections aussi dissemblables, malencontreusement réunies par la même dénomination.

Mais qu'arriva-t-il ensuite? On perdit de vue la première signification du mot; on crut que Sydenham et ses prédécesseurs avaient parlé de la même maladie sous un même nom, et la description de la chorée devint le plus étrange imbroglio que la pathologie ait jamais fourni. Ouvrez le traité justement estimé de Bouteille; vous y lirez ceci, par exemple : « Le nom de *danse de Saint-Guy* vient d'une chapelle bâtie près d'Ulm, et dédiée à un saint que les Allemands appellent

(1) Sauvages, *Nosologia methodica*, Amstelod., 1768, t. II, p. 230.
(2) *Ibid.*, t. I, p. 590.

saint Veit, et les Français saint Guy, chapelle où l'on se rendait chaque année, au mois de mai, afin d'être guéri et préservé de *cette* maladie *endémique* dans ce pays (1). » Cette maladie! Quelle maladie? De quelle chorée s'agit-il, dirai-je à mon tour, à plus juste titre que M. Trousseau? Ce n'est pas assurément de celle qui fait le sujet du livre de Bouteille.

Poursuivons : « C'est en Allemagne qu'elle s'est manifestée par des symptômes fort singuliers (2). » Singuliers, en effet, si on les applique mal à propos, comme le fait Bouteille, à notre chorée.

« Les premiers qui en ont fait mention sont Félix Plater, Horstius et Sennert (3). » Suivent des extraits de ces auteurs ; il est fâcheux que l'estimable Bouteille n'ait pas vu que ces passages n'avaient rien de commun avec la maladie qu'il décrivait. Aussi ajoute-t-il que les médecins qu'il vient de citer « n'en font qu'un portrait mal dessiné, mal peint (4). » Je le crois bien, ils peignaient toute autre chose.

Je continue :

« Lieutaud, premier médecin de Louis XV, a cru devoir en nier l'existence (5). » La dénégation de Lieutaud ne s'applique qu'à la manie dansante, qu'il regarde, non sans quelque apparence de raison, comme étant moins une maladie qu'un effet des excitations du fanatisme et d'une imagination déréglée.

« Plater et Horstius se proposent de guérir la danse de Saint-Guy en faisant danser à outrance ceux qui en sont attaqués (6). » Il est clair que ce ne sont pas les choréiques de Sydenham et de Bouteille que Plater et Horstius voulaient *faire danser à outrance*.

L'ouvrage de Bouteille a cinquante ans, dira-t-on. Voulez-

(1) Bouteille, *De la chorée*, Paris, 1810, p. 1.
(2) *Ibid.*, p. 3.
(3) Bouteille, *De la chorée*, p. 3.
(4) *Ibid.*, p. 7.
(5) *Ibid.*, p. 8.
(6) *Ibid.*, p. 6.

vous la preuve que la confusion introduite par Sydenham dure encore, malgré les recherches et les efforts de MM. Sée, Roth, et de quelques autres? Veuillez écouter encore ceci :

« C'est d'une *épidémie très grave* qui a sévi dans le XIVe siècle que date le nom de *danse de Saint-Guy*, par lequel on désigne quelquefois la chorée (1). » L'auteur veut parler de notre chorée vulgaire, et il cite une épidémie de choréomanie. Puis revient l'histoire de la chapelle d'Ulm; encore de la choréomanie.

« Sennert attribuait la chorée aux puissances infernales. » Sennert parlait de la choréomanie, de la *chorea sancti Viti* de son temps.

» Paracelse voulut soustraire la chorée à l'empire des saints et du merveilleux. » Paracelse ne songeait pas à notre chorée.

Après Paracelse, Plater et Horstius sont cités à faux, comme dans l'ouvrage de Bouteille.

Tout cela a été dit en 1855 et se retrouve en tout ou en partie dans les meilleurs traités de médecine modernes (2).

M. Trousseau lui-même, en disant que la chorée proprement dite, la chorée gesticulatoire, est décrite et désignée, *depuis bien des siècles*, sous le nom de *danse de Saint-Guy*, ne montre-t-il pas que l'erreur de Sydenham a étendu son influence jusqu'à lui?

Maintenant, qu'adviendrait-il si, comme le veut notre éminent collègue, au lieu de regarder l'expression *danse de Saint-Guy* comme synonyme de *chorée*, on la réservait exclusivement pour la chorée vulgaire? Il adviendrait que la tradition de l'ancienne signification des mots *chorea sancti Viti* se per-

(1) Moynier, *De la chorée*, thèses de Paris, 1855.

(2) Voy. J. Frank, *Praxeos medicæ universæ præcepta*, Lips., 1821, part. 2, vol. I, sect. II, p. 241;

Delaberge et Monneret, *Compendium de médecine pratique*, 1837, t. II, p. 286, 298;

Valleix, *Guide du médecin praticien*, 3e édition, 1853, t. IV, p. 654;

Grisolle, *Traité de pathologie interne*, 7e édition, 1857, t. II, p. 649;

Etc., etc.

drait de jour en jour davantage ; que les deux maladies désignées successivement par ces mots seraient encore plus aisément confondues ; que la lumière qui commence à se faire, loin de briller d'un plus vif éclat, tendrait à pâlir de plus en plus et à s'éteindre de nouveau ; enfin que l'histoire de la chorée, déjà assez obscure par elle-même, le deviendrait encore davantage par l'effet d'un simple vice de langage.

Je me résume :

1° M. Blache n'a pas eu tort d'appeler *chorée*, et non *danse de Saint-Guy*, l'affection qui fait le sujet du mémoire de M. Marcé.

2° Cette appellation n'a pas empêché et ne pouvait pas empêcher M. Blache de faire les distinctions nécessaires pour apprécier convenablement les observations de M. Marcé.

3° Toutes les danses morbides ne sont pas des chorées ; on ne reconnaît généralement aujourd'hui que deux espèces de chorées, la gesticulatoire, qui est la chorée proprement dite ou vulgaire, et la rhythmique, qui en diffère en ce que les mouvements, également irrésistibles, ne sont pas *désordonnés*.

4° Il n'y a point d'avantage pour la langue médicale à faire de la chorée un genre, dont la danse de Saint-Guy serait une espèce ; il est même préférable de continuer à regarder ces deux expressions comme synonymes, en se servant plutôt de la première.

5° Deux maladies différentes ont été appelées successivement *danse de Saint-Guy*. La première est la *chorea sancti Viti* antérieure à Sydenham ; c'est une choréomanie ; notre chorée vulgaire, connue dès cette époque, n'avait pas reçu de nom particulier. La seconde est la danse de Saint-Guy de Sydenham, qui répond à notre chorée vulgaire.

6° Faute d'avoir fait cette distinction, les auteurs ont souvent rapporté, à tort, à l'une des deux maladies ce qui n'appartenait qu'à l'autre.

7° L'application *exclusive* du nom de *danse de Saint-Guy* à la chorée vulgaire tendrait à perpétuer cette confusion.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Le Code des jeunes mères, Traité théorique et pratique pour l'éducation physique des nouveau-nés, etc., par M. le docteur A. Caron.

Archives des missions scientifiques et littéraires, tome VIII.

Journal de médecine de Bordeaux. Août.

Bulletino delle science mediche, publié par la Société médico-chirurgicale de Bologne. Juillet.

Journal des progrès des sciences médicales, n. 4.

Gazette médicale de Paris, n. 35.

La Clinique européenne, n. 35.

La France médicale et pharmaceutique, n. 35.

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, n. 5.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 34.

L'Abeille médicale, n. 35.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 8.

Le Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques, n. 1 à 4.

L'Union médicale, n. 100 à 102.

Gazette des hôpitaux, n. 99 à 101.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 8.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1859.

PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse à l'Académie une pétition qui avait été envoyée au cabinet de l'Empereur par son auteur, et qui est relative à la vente d'un remède contre les angines. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Cher et de l'Hérault pendant l'année 1858. — Un rapport de M. le docteur CRIÉ sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Laval (Mayenne) pendant l'année 1858. (*Commission des épidémies.*)

II. Des échantillons de bandages présentés par le sieur MAUBAN. (*Commissaire :* M. Malgaigne.)

III. Une note descriptive et des échantillons de nouvelles capsules médicamenteuses. — La formule d'un sirop et d'une pâte composée par le sieur SABOURY-ROUSSEL, confiseur. — La formule d'un prétendu spécifique des fièvres de différentes natures. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

IV. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements de l'Eure et de la Dordogne pendant l'année 1858. (*Section de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. De la recherche des corps étrangers de fer, d'acier ou de fonte au moyen de l'aiguille aimantée, par M. le docteur ANSELMIER. (*Commissaires :* MM. Gavarret, Jobert de Lamballe.)

II. Du métropompe et de son application dans les maladies de l'utérus, ou des ventouses utérines, par M. le docteur BLAUDET. (*Commissaires :* MM. P. Dubois et Danyau.)

III. Résection complète du maxillaire supérieur gauche, suivie de guérison. Observation présentée par M. le docteur A. DA COSTA (de Rio-Janeiro). (*Commissaires :* MM. Jobert et Huguier.)

IV. MM. J. LEMAIRE, docteur en médecine, et Ferdinand LE BEUF, pharmacien, adressent à l'Académie, avec des échantillons, une note sur les propriétés de la teinture alcoolique de saponine, et surtout sur l'emploi de l'émulsion de *coaltar saponiné*, pour panser les plaies gangréneuses et autres solutions de continuité de mauvaise nature. (*Commissaires :* MM. Larrey et Velpeau.)

V. M. le docteur CAMBAY, médecin principal de première classe de l'armée d'Italie, écrit à l'Académie pour l'informer qu'il croit avoir trouvé un spécifique de la pourriture d'hôpital dans le perchlorure de fer en solution. (M. Larrey, qui est prié de faire, s'il y a lieu, un rapport sur cette communication, déclare qu'elle doit être considérée comme non avenue, M. Cambay paraissant ignorer les expériences déjà faites antérieurement sur le même sujet.)

VI. M. le docteur CARRON DU VILLARDS annonce l'envoi d'un ouvrage, intitulé : *Passe-temps ophthalmologique*, et prie l'Académie de comprendre son nom sur la liste des candidats correspondants étrangers. (*Réservé pour la future commission.*)

—

RAPPORTS.

M. Bouley donne lecture d'un rapport sur les réclamations soulevées par M. le docteur Duménil à propos du mémoire de M. le docteur Labourdette, intitulé : *De l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive*, mémoire dont l'Académie avait chargé MM. Guérard, Longet et H. Bouley de lui rendre compte et sur lequel un rapport a été lu dans une précédente séance par M. H. Bouley.

— A l'occasion de ce rapport, MM. Ferrus et Boullay présentent quelques observations en faveur de M. Duménil.

— M. Bouley insiste sur ce fait que dans son rapport il n'y a aucune attaque personnelle et sur les preuves matérielles que fournit à l'appui de ses assertions le volumineux dossier qu'il a analysé.

— M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que le rapport est fait au nom seul de M. Bouley, et propose de surseoir au vote des conclusions jusqu'au moment où cette pièce serait approuvée par les autres membres de la commission dont M. H. Bouley est rapporteur.

—

II. *De l'empoisonnement par le phosphore*, par M. Reveil (*Rapport* de M. Poggiale.)

Le nombre des suicides et des empoisonnements criminels produits par le phosphore augmente considérablement depuis plusieurs années, et ce corps qui, autrefois, offrait si peu d'intérêt au point de vue de la toxicologie, occupe aujourd'hui le premier rang parmi les substances toxiques, et appelle au plus haut degré l'attention des médecins et des chimistes.

Les relevés statistiques communiqués à M. Flandin, par la chancellerie, démontrent, en effet, que depuis 1826 jusqu'en 1845, le nombre des accusations d'empoisonnement portées devant les Cours d'assises, s'élève à 616, et que les deux tiers environ se rapportent à des empoisonnements par l'acide arsénieux. Jusqu'à cette époque, on ne voit figurer dans les

annales judiciaires aucun empoisonnement par le phosphore.

Sur les 544 cas d'empoisonnement qui ont eu lieu en Angleterre, en 1837 et en 1838, 186 ont été produits par l'acide arsénieux, 193 par l'opium, et on ne trouve pas le phosphore parmi les autres substances comprises dans le tableau dressé par Christison.

Depuis 1846, un grand nombre d'empoisonnements par la pâte des allumettes chimiques, ont été soumis aux Cours d'assises après des expertises et des enquêtes judiciaires. Nous devons à MM. Chevallier père et fils, à M. Henry fils, et à MM. Cloquet et Caussé, des recherches intéressantes sur la statistique des empoisonnements par le phosphore (1). Il résulte d'un tableau des cas d'empoisonnement soumis au jury de 1846 à 1852, et qui ne représente certainement pas tous ceux qui ont été poursuivis, que l'acide arsénieux tient le premier rang, les sels de cuivre viennent en seconde ligne, et après ceux-ci le phosphore. Un autre tableau dressé par notre honorable collègue M. Chevallier et par M. Poirier, fait connaître que, jusqu'en 1858, le nombre des suicides, des accidents et des crimes causés par des produits phosphorés, s'élève à 88. D'après leurs relevés, les empoisonnements par les allumettes chimiques et par la pâte phosphorée, rares d'abord, deviennent très nombreux et augmentent à mesure que les empoisonnements par l'acide arsénieux diminuent. Ce fait n'a rien de surprenant ; grâce aux précautions prises par l'autorité, les criminels se procurent difficilement l'arsenic, tandis que la pâte vénéneuse, qui sert à la fabrication des allumettes phosphoriques, est dans toutes les demeures et à la portée de tout le monde ; les classes les moins éclairées de la société connaissent d'ailleurs les propriétés toxiques de ce mélange.

Cependant plusieurs points de l'histoire du phosphore considéré comme substance toxique, réclament de nouvelles études, et c'est pour combler autant que possible ces lacunes que M. Réveil a lu dans votre séance du 17 juin dernier, un mémoire intitulé : *Sur l'empoisonnement par le phosphore.*

(1) Voy. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1855, t. III, p, 124, 134 ; t. V, p. 374 ; t. VIII, p. 208.

L'Académie nous a chargés, MM. Chevallier, Devergie et moi, d'examiner cette communication et de lui rendre compte des expériences exécutées par M. Réveil.

L'empoisonnement par le phosphore est aujourd'hui une des questions les plus importantes de la toxicologie, aussi avons-nous vérifié la plupart des expériences faites, depuis quelques années, par plusieurs observateurs sur le mode d'action du phosphore, sur le traitement de l'empoisonnement par ce corps, et sur les moyens propres à le reconnaître dans les cas d'empoisonnement. Après avoir examiné et discuté ces diverses questions, nous désirons appeler l'attention de l'Académie sur les dangers que présente l'emploi du phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes chimiques.

Quelle est l'action du phosphore sur l'économie animale ? — On sait que le phosphore est un des corps qui ont le plus d'affinité pour l'oxygène, et qu'une température peu élevée suffit pour l'enflammer au contact de l'air. A la température ordinaire, il répand des fumées blanches composées d'acide phosphoreux et d'acide phosphorique, que l'on désigne sous le nom d'acide *phosphatique*. La production de cet acide a lieu d'abord avec une légère élévation de température, mais la chaleur, qui se développe peu à peu, devient assez considérable pour enflammer le phosphore. Ce corps se transforme alors, en très grande partie, en acide phosphorique, et peut produire des brûlures plus ou moins profondes qui sont rendues plus dangereuses encore par l'action corrosive de cet acide. On comprend donc qu'à des doses élevées le phosphore enflamme les tissus qu'il touche, ou même les brûle et les désorganise. Dans ce cas tout le monde admet avec M. le professeur Giulio, que l'inflammation déterminée par le phosphore suffit pour rendre compte de la mort. Cette opinion repose d'ailleurs sur un grand nombre d'expériences.

Ainsi Orfila détacha et perça d'un trou l'œsophage d'un petit chien, il introduisit dans l'estomac 7 grammes et demi de phosphore en petits cylindres, et l'animal mourut vingt et une heures après l'opération. La membrane muqueuse était fortement enflammée; la tunique musculeuse était d'un rouge

vif dans une partie de son étendue. La membrane muqueuse, qui tapisse le duodénum, le jéjunum et la première moitié de l'iléon, était d'un rouge pourpre et enduite d'un fluide noir comme de l'encre.

Dans une autre expérience, Orfila donna à un chien 4 grammes de phosphore coupé en huit morceaux. Après la mort, qui eut lieu le troisième jour, on trouva la membrane muqueuse de l'estomac d'un rouge pourpre dans toute son étendue; celle qui tapisse le duodénum et le jéjunum était également très rouge.

Dans une troisième expérience faite sur un chien fort, l'estomac était percé de trois trous dans la moitié correspondante au cardia; deux de ces trous étaient larges comme une pièce de 1 franc, et l'autre avait près de 3 centimètres de diamètre. Enfin, d'autres expériences ont fait voir que la membrane muqueuse de l'estomac était réduite en une bouillie filante ou présentait des taches noires, tandis que la tunique musculeuse offrait de larges ulcérations.

Une des expériences rapportées dans le mémoire de M. Réveil, prouve également que, dans certains cas, le phosphore peut déterminer une phlogose considérable de l'estomac. Le 8 octobre 1858, dit M. Réveil, j'introduisis, à l'aide d'une sonde, dans l'estomac d'un chien à jeun, un demi-litre de bouillon gras et chaud, dans lequel j'avais délayé 0g,42 de phosphore pulvérisé. L'animal abandonné à lui-même fut bientôt pris de nausées et de vomissements; il éprouva des tremblements nerveux, ses forces s'épuisèrent peu à peu et il mourut sept heures après l'administration du poison. A l'autopsie, on constata une inflammation assez vive de l'estomac; l'intestin grêle était également enflammé.

J'ai exécuté moi-même trois expériences pour vérifier les faits qui précèdent; il suffira de relater la suivante : j'ai introduit dans l'estomac d'un lapin, à l'aide d'une sonde, 1 décigramme de phosphore dissous ou suspendu dans l'huile d'olive. L'animal devint triste et abattu, il poussa des cris plaintifs et mourut quelques heures après. A l'autopsie, une vapeur assez abondante, répandant l'odeur du phosphore,

s'exhala de l'estomac qui était d'un rouge pourpre au cardia et au pylore, et qui présentait sur quelques points des trous, et sur d'autres, des ulcérations.

Il résulte des expériences que je viens de rapporter, que le phosphore introduit dans le tube digestif peut, dans certains cas, causer une phlegmasie violente et en rapport avec la quantité de phosphore brûlé, déterminer des ulcérations, ou des perforations et par conséquent la mort.

Mais ces accidents sont-ils une condition indispensable pour que le phosphore produise la mort? M. Réveil et avant lui, M. Giulio et d'autres toxicologistes ne le pensent pas. Votre commission partage cette opinion. En effet, la science possède plusieurs expériences dans lesquelles les animaux, après avoir pris des quantités considérables de phosphore, n'ont présenté aucun des désordres que nous venons de signaler. Dans ce cas, il faut bien admettre que le phosphore est absorbé sous la forme d'une combinaison acide ou à l'état de corps simple, et qu'il agit en modifiant la composition des liquides et des solides de l'organisme, et en troublant, par conséquent, leur action physiologique.

Les effets pathologiques que produit le phosphore, tels que le priapisme, les tremblements nerveux, les convulsions, l'anéantissement des forces, etc., ne doivent être considérés que comme la conséquence du trouble que ce corps et ses composés apportent dans les actes réguliers de l'économie, et que la science ne permet pas encore de préciser.

Quelques observateurs admettent que les acides du phosphore sont vénéneux et que le phosphore n'agit sur l'économie animale que par les acides auxquels il donne naissance; mais plusieurs expériences faites dans ces derniers temps prouvent que cette opinion n'est nullement fondée. Ainsi, M. Personne a fait voir que l'on peut donner impunément à un chien des quantités assez considérables d'acide phosphoreux dissous dans une grande quantité d'eau. M. Réveil a également administré le même acide dissous dans l'eau, à des chiens, qui ont continué à manger comme à l'ordinaire, et qui n'ont éprouvé aucun accident.

J'ai fait de mon côté quatre expériences pour vérifier les faits observés par MM. Personne et Réveil.

Première expérience. Le 27 juin 1859, on a fait prendre à un lapin 1 décigramme d'acide phosphoreux dissous dans 10 grammes d'eau. L'animal a paru un peu agité pendant une heure, puis il a pris des aliments, et le lendemain il mangeait comme à l'ordinaire.

Deuxième expérience. Le 29 juin, on a introduit dans l'estomac de ce même lapin, 2 décigrammes d'acide phosphoreux dissous dans l'eau. Sa respiration devint difficile ; mais deux heures après il était calme, et le lendemain il prenait des aliments et il était complétement rétabli.

Troisième expérience. Le 1er juillet, on introduisit dans l'estomac du même lapin, 4 décigrammes d'acide phosphoreux dissous dans 15 grammes d'eau. Sa respiration devint haletante, mais il n'éprouva aucune envie de vomir, et plusieurs heures après, il prit avec empressement les aliments qu'on lui présenta.

Quatrième expérience. Le 4 juillet, on donna à un autre lapin, 1 décigramme de phosphore ordinaire dissous dans de l'huile. Aussitôt l'animal exhala par la bouche et par les narines une vapeur assez abondante ayant l'odeur de phosphore. Il tomba ensuite dans un état d'abattement considérable et il mourut au bout de dix heures.

Il résulte de ces expériences que les acides du phosphore peuvent être administrés sans danger, pourvu qu'ils soient dissous dans une assez grande quantité d'eau. Il est évident qu'ils n'agissent pas comme les substances réellement toxiques, et qu'on doit les placer, sous le rapport de leur action, sur l'économie animale, à côté des acides puissants, tels que les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique, qui ne déterminent des accidents graves que lorsqu'ils sont concentrés. M. Réveil fait observer, avec raison, que si les acides phosphoreux et phosphorique étaient réellement vénéneux, ils seraient d'autant plus actifs qu'ils seraient plus dilués. Nous admettons donc que dans l'empoisonnement par le phosphore, la mort est due tantôt à l'absorption de ce poison, tantôt à la

brûlure ou à la phlegmasie locale qu'il détermine; souvent elle doit être attribuée à ces deux causes réunies.

Le phosphore introduit dans l'estomac, injecté dans la plèvre ou dans la veine jugulaire, détermine des accidents variables, suivant qu'il est fondu dans l'eau, dissous dans les huiles, sous forme de poudre ou en cylindres. Ainsi Orfila a injecté 4 grammes d'huile phosphorée dans la veine jugulaire d'un chien très fort; aussitôt l'animal exhala une vapeur blanche abondante et mourut au bout de vingt minutes.

Il a introduit dans l'estomac d'un petit chien quatorze petits cylindres de phosphore pesant 7 grammes et demi. L'animal, qui n'avait pas mangé depuis trente heures, est tombé dans un état d'abattement assez considérable, et il est mort vingt et une heures après l'opération.

Dans une autre expérience, Orfila donna 4 grammes de phosphore à un chien qui avait fait un repas copieux deux heures auparavant. Au bout de quatre heures, il n'avait rien éprouvé de remarquable, et il ne mourut que le troisième jour sans avoir été agité de mouvements convulsifs. Orfila a fait voir, en outre, que lorsqu'on donne aux animaux une très grande quantité d'aliments, on peut leur faire prendre sans danger une dose considérable de phosphore qui, étant enveloppé par les aliments, n'agit pas même au bout de plusieurs heures sur les tissus de l'estomac.

M. Réveil a exécuté plusieurs expériences décisives sur la question que nous examinons; en voici le résumé :

Première expérience.— On a introduit dans l'estomac d'un chien de taille moyenne, ayant fait une heure avant l'expérience un repas copieux, un fragment de phosphore pesant $0^{gr},47$. L'animal n'a éprouvé aucun malaise apparent, et, neuf heures après, il rendait avec les matières fécales le fragment de phosphore qui pesait $0^{gr},445$.

Deuxième expérience. — On a donné à un moineau trente-trois pilules renfermant chacune un milligramme de phosphore. Ces pilules, qui avaient pour excipient la mie de pain, étaient mêlées avec du millet que l'oiseau a mangé en quantité considérable. L'animal n'a rien éprouvé pendant

la première heure; il a paru ensuite très agité; il a rendu dans la nuit des matières fécales phosphorescentes et quelques pilules légèrement ramollies, et le lendemain il paraissait ne rien ressentir de l'administration du phosphore.

Troisième expérience. — On a introduit dans l'estomac d'un chien à jeun depuis vingt-quatre heures deux fragments de phosphore pesant $0^{gr},522$. L'animal devient triste; il vomit des matières qui ne renferment pas de phosphore. On lui administre promptement, à l'aide d'une sonde, 500 grammes environ de bouillie d'amidon. Aussitôt les vomissements cessent, et dix heures après, il rend le phosphore mêlé avec les matières fécales.

On a fait prendre à un chien à jeun depuis quatorze heures un demi-litre de bouillon gras et chaud dans lequel on avait suspendu $0^{gr},42$ de phosphore pulvérisé. Il ne tarda pas à éprouver des nausées et des vomissements; il eut des tremblements nerveux, ses forces s'épuisèrent, et il mourut quelques heures après.

Il résulte des expériences de M. Réveil, de celles que nous avons faites nous-même et des expériences déjà anciennes d'Orfila et de Giulio que, lorsque l'estomac est rempli d'aliments, le phosphore administré en cylindres ne détermine l'empoisonnement que quelques heures après qu'il a été ingéré. Quelquefois même il est rendu avec les matières fécales sans qu'il ait produit le moindre désordre. Si, au contraire, les animaux sont à jeun et que le phosphore soit pulvérisé, son action est forte et rapide. Il détermine promptement la mort s'il est fondu préalablement dans l'eau chaude ou bien dissous dans l'huile. On conçoit, en effet, que la combustion du phosphore doit être favorisée par son état de division, et que son association avec les corps gras doit favoriser également son absorption.

Suivant M. Réveil, l'action que le phosphore exerce sur le système nerveux n'est que secondaire. Le phosphore absorbé s'opposerait à l'hématose, en raison de sa grande affinité pour l'oxygène, et de ce défaut d'oxydation du sang résulteraient les désordres nerveux que l'on a souvent observés. Cette

opinion étant une simple vue de l'esprit et ne reposant sur aucune expérience, nous ne pensons pas devoir nous y arrêter.

Nous démontrerons plus loin, par l'analyse chimique, que le phosphore est absorbé à l'état de corps simple ; mais qu'on nous permette de dire de suite que ce fait semble incontestable aujourd'hui. Vaquelin a signalé le premier le fait curieux d'urines phosphorescentes lorsque le phosphore avait été absorbé en vapeurs, et un grand nombre d'observateurs ont fréquemment remarqué ce phénomène, depuis quelques années, chez les ouvriers qui coulent le phosphore en cylindres ou qui fabriquent les allumettes chimiques. Magendie et Orfila ont vu qu'en injectant dans la plèvre ou dans la veine jugulaire des animaux de l'huile phosphorée, il s'échappe par la bouche et par les narines des vapeurs abondantes d'acide phosphorique. Dans quelques-unes des expériences que nous avons faites nous-même, les animaux ont exhalé des fumées blanches après avoir introduit de l'huile phosphorée dans l'estomac.

Quel est le meilleur traitement de l'empoisonnement par le phosphore? — Tous les médecins savent que dans la plupart des empoisonnements la première indication à remplir consiste à expulser le poison de l'estomac en administrant l'émétique. Ce précepte est particulièrement applicable dans ce cas. On a recommandé aussi depuis longtemps de faire prendre aux malades des boissons albumineuses ou de l'eau contenant de la magnésie en suspension. Le phosphore se transformant en acides phosphoreux et phosphorique dans le tube digestif, on comprend qu'on ait recours à la magnésie pour neutraliser ces acides. Sans contester son efficacité comme corps neutralisant, M. Réveil est disposé à admettre que l'eau chargée de magnésie agit surtout comme corps étranger, en remplissant l'estomac de liquide et en empêchant la dissolution du phosphore par les corps gras, et, par conséqnent, son action sur les tissus. Suivant lui, l'eau albumineuse ou amidonnée exerce à peu près la même action. Cependant on doit préférer la magnésie, qui possède la propriété de saturer les acides et qui empêche la dissolution du phosphore.

L'expérience suivante fait voir que la magnésie agit d'une manière très efficace dans l'empoisonnement par le phosphore. On a donné à un chien à jeun 5 décigrammes de phosphore pulvérisé, puis on lui a administré de la magnésie calcinée délayée dans une grande quantité d'eau. L'animal éprouva quelques nausées, mais il ne présenta aucun symptôme nerveux remarquable. Le lendemain il prenait des aliments, et trois jours après il était entièrement rétabli.

Je ne crois pas devoir insister sur les divers moyens que les médecins emploient pour combattre l'empoisonnement par le phosphore ; il suffira de recommander particulièrement l'émétique, la titillation de la luette, la pompe gastrique et l'eau, la magnésie délayée dans l'eau, etc.

Quels sont les meilleurs procédés pour la recherche du phosphore dans les cas d'empoisonnement ? — On recherchait il y a quelques années, le phosphore dans les matières contenues dans le tube digestif par le procédé suivant : après avoir examiné attentivement si elles renfermaient des fragments de phosphore, on séparait, à l'aide d'un linge fin, les matières liquides des matières solides, et l'on s'assurait si le liquide avait l'odeur du phosphore, s'il donnait un précipité noir avec l'azotate d'argent, et s'il répandait des vapeurs lumineuses dans l'obscurité. On constatait ensuite si les matières solides répandaient à l'air des vapeurs alliacées; si, traitées par l'azotate d'argent dissous, elles devenaient brunes ou noires; enfin, si, après les avoir chauffées sur une plaque de fer, il se produisait des vapeurs blanches d'acide phosphorique et des points lumineux au milieu de la masse.

Ces caractères permettent de reconnaître le phosphore, quand il se trouve dans les matières en proportion assez considérable, mais ils sont évidemment insuffisants, lorsqu'elles n'en contiennent que de très faibles quantités, quelques milligrammes, par exemple.

Dans la recherche du phosphore dans les cas d'empoisonnement il importe de faire trois séries d'opérations :

1° On examine si les matières suspectes contiennent du phosphore à l'état de liberté ;

2° On recherche ensuite les composés oxygénés du phosphore ;

3° Enfin, on détermine la proportion de phosphore contenu dans les organes en ayant le soin d'opérer comparativement et par les mêmes procédés analytiques sur des organes semblables non empoisonnés.

1° *Recherche du phosphore à l'état de liberté.* — On a proposé un grand nombre de procédés pour constater la présence du phosphore en nature. Ainsi, suivant M. Dusart, on peut déceler de très petites quantités de ce corps par la coloration vert-émeraude qu'il communique à la flamme en brûlant au sein de l'hydrogène. On emploie, à cet effet, un appareil semblable à celui de Marsh. Outre la coloration de la flamme, il se dépose sur la porcelaine froide des taches d'un jaune rougeâtre qui paraissent être de l'hydrure de phosphore ou du phosphore rouge. M. Dusart attribue au caractère de la flamme, pour la recherche du phosphore, une sensibilité égale à celle des taches arsenicales dans l'appareil de Marsh, mais l'expérience ne semble pas confirmer cette opinion.

M. Meurein conseille de traiter les matières suspectes par un des dissolvants du phosphore, tels que le sulfure de carbone ou l'éther hydrique. La dissolution est mise dans un flacon, on y ajoute une dissolution étendue de sulfate de cuivre, on agite, et, si la liqueur contient du phosphore, il se produit un précipité noir de phosphure de cuivre.

M. Réveil a pu isoler plusieurs fois le phosphore, à l'aide du sulfure de carbone, et, dans deux circonstances, il a trouvé du chlorate de potasse dans le résidu laissé par le sulfure de carbone. Pour cela, il a fait bouillir ce résidu avec de l'eau distillée, et il a filtré la liqueur qui précipitait à peine par l'azotate d'argent. Mais, en le faisant évaporer jusqu'à siccité, et en calcinant fortement dans un creuset, le résidu repris par l'eau distillée a fourni une solution qui précipitait abondamment par l'azotate d'argent, par suite de la conversion du chlorate en chlorure de potassium. Nous pensons avec M. Réveil, qu'il convient, lorsqu'on a reconnu le phosphore dans un cas d'empoisonnement, de rechercher le chlorate de po-

tasse dont la présence permettra de conclure à un empoisonnement par les allumettes chimiques.

Le procédé imaginé par M. Mitscherlich, pour la recherche du phosphore, est d'une sensibilité extrême et peut être comparé, sous ce rapport, à la méthode de Marsh, pour l'arsenic. Nous avons employé ce moyen dans toutes les expériences que nous avons exécutées, et il a constamment réussi. Il consiste à introduire dans un ballon de verre, la substance suspecte, et à y ajouter de l'eau et de l'acide sulfurique. On adapte ensuite au ballon un tube recourbé deux fois à angle droit et qui traverse un manchon de verre placé verticalement et dans lequel circule un courant continu d'eau froide. L'extrémité du tube communique avec un flacon ou une éprouvette qui sert de récipient. Après avoir disposé l'appareil dans l'obscurité, on chauffe le ballon à l'aide d'une lampe à esprit de vin, et si la matière sur laquelle on opère contient du phosphore, on voit dans la partie du tube où les vapeurs se condensent des lueurs phosphorescentes que l'on distingue parfaitement dans l'obscurité. On observe cette phosphorescence, en opérant sur 150 grammes de liquide contenant 1 milligramme de phosphore. M. Mitscherlich a remarqué qu'après avoir fait fonctionner l'appareil, dans ces conditions, pendant une demi-heure, on arrêta l'opération, on abandonna le ballon à l'air pendant quinze jours, on reprit ensuite la distillation et les lueurs de phosphore reparurent également.

Certains liquides, tels que l'éther, l'alcool et l'essence de térébenthine, empêchent la phosphorescence; la lueur ne se produit donc que quand ces substances sont entièrement volatilisées.

Ce procédé, dont la sensibilité a été constatée par un grand nombre de chimistes, est applicable dans les cas où le phosphore est associé aux corps gras. Le phénomène de la phosphorescence ne se manifeste pas si l'on opère sur le phosphore amorphe parfaitement pur. Dans plusieurs expériences, on a obtenu la phosphorescence en opérant sur le foie de lapins empoisonnés par de très petites quantités de phosphore dissous dans l'huile. Dans une des expériences que nous avons

rapportées, M. Réveil a opéré sur le foie, la rate, les reins d'un chien empoisonné par 42 centigrammes de phosphore, et il a observé une phosphorescence qui a persisté pendant plus d'une demi-heure.

Il importe de faire remarquer que les lueurs phosphorescentes ne suffisent pas pour conclure à la présence du phosphore libre. En effet, les acides hypophosphoreux et phosphoreux produisent ce phénomène; mais, comme ils n'existent pas à l'état normal dans l'économie, dès qu'on observe le phénomène de la phosphorescence, on est en droit d'admettre qu'il y a eu empoisonnement par le phosphore.

M. Réveil fait remarquer que le phosphore étant un des éléments qui constituent le corps humain, il pourrait se faire que certaines matières de l'économie, comme la substance cérébrale, produisissent des lueurs, lorsqu'elles sont en pleine décomposition, et qu'on les fait bouillir avec l'eau et l'acide sulfurique. Sans doute ce phénomène n'est pas impossible, mais jusqu'ici personne ne l'a observé.

M. Réveil a essayé d'établir par l'expérience suivante que le phosphore passe dans les organes à l'état de corps simple, et non sous la forme d'acide hypophosphoreux ou d'acide phosphoreux. Il a empoisonné un chien avec 42 centigrammes de phosphore; il a extrait le foie, dont une portion a été coupée par morceaux et desséchée sous le récipient de la machine pneumatique, à côté de fragments de chaux vive. Le foie bien sec a été divisé, puis placé sur une plaque chaude. En opérant dans l'obscurité, on a aperçu des lueurs phosphorescentes qui ne pouvaient être produites que par le phosphore libre.

2° *Recherches des composés oxygénés du phosphore.* — La recherche de l'acide phosphorique et des acides inférieurs du phosphore, dans les cas d'empoisonnement, offre de sérieuses difficultés, et, pour s'en convaincre, il suffit de lire le remarquable rapport de MM. Persoz, Oppermann et Willemin dans l'affaire de la femme Rielh de Wangen. Ces chimistes n'ayant pu obtenir avec le liquide retiré de l'acide phosphoreux, eurent recours à un autre moyen d'expérimentation pour y

démontrer la présence d'un corps réducteur. Sachant, en effet, que l'acide phosphoreux, comme l'acide arsenieux et l'acide sulfureux, jouit de la propriété de prévenir l'oxydation, et, par conséquent, la destruction d'une matière colorante, comme l'indigo, ils employèrent cette substance pour constater la présence d'un corps réducteur dans le liquide suspect. Ainsi, dans une première expérience, ils trouvèrent que 9 centimètres cubes d'une dissolution de sulfate d'indigo à laquelle on avait ajouté 16 centimètres cubes d'eau étaient décolorés par 5 millimètres cubes de chlore. D'un autre côté, 9 centimètres de la même dissolution de sulfate d'indigo mêlés avec 16 centimètres cubes du liquide de l'estomac exigeaient pour leur décoloration 41^{cc},5 de chlore.

Les acides inférieurs du phosphore retardent, en outre, l'action de l'iode sur l'amidon, et décolorent une dissolution de permanganate et de bichromate de potasse. Ces diverses réactions ont sans doute une grande valeur ; mais nous pensons avec M. Réveil qu'elles ne suffisent pas seules pour affirmer qu'un empoisonnement a eu lieu par le phosphore. En effet, ne trouve-t-on pas dans l'économie animale des corps réducteurs qui empêchent l'action de l'iode sur l'amidon, et celle du chlore sur le sulfate d'indigo ? Qui ne sait qu'on a dû renoncer à l'emploi de la liqueur cupro-potassique dans la recherche du glucose contenu dans les organes des animaux ? On doit donc rechercher avec soin, dans les liquides suspects, la présence d'un corps réducteur, d'après les règles qui ont été si bien tracées par MM. Persoz, Oppermann et Willemin, mais en combinant ces moyens avec tous ceux dont la chimie dispose.

Lorsque le phosphore a été transformé en acide phosphorique, on le reconnaît en faisant évaporer les liquides qui le contiennent jusqu'à siccité, et en calcinant le résidu dans un creuset. On y trouve, après la destruction des matières organiques, une masse fusible presque transparente, très soluble dans l'eau, qui rougit fortement le tournesol, qui précipite en blanc l'azotate d'argent, et qui coagule la solution d'albumine. Si l'on sature une partie de l'acide par la potasse, la

liqueur donne un précipité blanc avec le chlorure de baryum et de calcium, et avec l'acétate de plomb, et un précipité jaune avec l'azotate d'argent. Si l'on chauffe le phosphate de chaux obtenu avec le phosphate de potasse et le chlorure de calcium, en présence d'un globule de potassium, dans un petit tube en verre fermé à une extrémité, le résidu projeté dans l'eau produit de l'hydrogène phosphoré spontanément inflammable au contact de l'air.

3° *Détermination du phosphore.* — Après la recherche du phosphore, il est indispensable d'en doser la proportion dans les liquides et dans les matières solides suspectes, comparativement aux principes immédiats de l'organisme. Nous avons employé, dans quelques essais que nous avons exécutés, l'excellente méthode de MM. Persoz, Oppermann et Willemin. Cette méthode consiste à faire évaporer au bain-marie, dans un creuset d'argent, une partie du liquide à examiner, et à ajouter au résidu humecté avec de l'eau, 3 parties de carbonate de soude pur, et autant d'azotate de potasse également pur. Si la matière est solide, on la dessèche et on la mêle également avec la même quantité de sels. On chauffe ensuite le creuset, le mélange éprouve un commencement de fusion ignée, suivie d'une déflagration, et l'on trouve dans le creuset une masse solide, soluble dans l'eau, qui contient tout le phosphore à l'état de phosphate. On ajoute au produit de la calcination de l'acide chlorhydrique pour saturer l'excès de carbonate de soude employé, et pour détruire l'azotite de potasse qui se forme par la décomposition de l'azotate de potasse. On concentre ensuite la liqueur dans une capsule de porcelaine, puis on y introduit de l'azotate de magnésie et de l'ammoniaque. Il ne tarde pas à se former un précipité cristallin plus ou moins abondant de phosphate ammoniaco-magnésien, dont le poids fait connaître celui de l'acide phosphorique.

MM. Persoz, Oppermann et Willemin, ont trouvé dans l'expertise relative à la femme Rielh, que 100 parties de la matière organique du liquide de l'estomac contenaient 4,2 de phosphore, tandis que la matière cérébrale la plus riche n'en

renferme que $0^{gr},46$ pour 100, c'est-à-dire neuf fois moins. Ils en ont conclu, en tenant compte du pouvoir réducteur du liquide, qu'une certaine quantité de phosphore avait été ingérée dans le tube digestif.

Cette expérience, bien que très importante, n'a de valeur qu'autant qu'elle est faite simultanément avec les deux autres, parce que l'on trouve quelquefois dans les organes du phosphate ammoniaco-magnésien. Ainsi, dans une expertise dont MM. Réveil, Juette et de Luynes ont été chargés, ces observateurs ont trouvé à la surface du canal digestif d'un cadavre inhumé depuis plusieurs années une grande quantité de petits corps cristallins qui étaient formés de matière grasse et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Il résulte des observations qui précèdent que dans les recherches relatives à l'empoisonnement par le phosphore l'expert ne peut se prononcer que lorsqu'il a reconnu la présence de ce corps par les lueurs phosphorescentes, l'odeur alliacée, les vapeurs blanches qu'il répand à l'air, et, lorsqu'on peut le séparer des autres matières, par ses caractères physiques, sa solubilité dans l'éther et le sulfure de carbone, et sa conversion en acide phosphorique. Le pouvoir réducteur des acides inférieurs du phosphore, les propriétés de l'acide phosphorique, sa détermination par la méthode que nous venons d'indiquer, sont des recherches importantes que l'expert devra faire, mais qui ne lui permettront pas toujours de formuler une conclusion définitive.

Dangers de la vente des pâtes phosphorées et de la fabrication des allumettes chimiques avec le phosphore ordinaire. — Les empoisonnements par les pâtes phosphorées et par allumettes chimiques se multiplient tellement depuis quelques années, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, que la commission a considéré comme un devoir d'appeler de nouveau la sérieuse attention de l'Académie sur les dangers que présentent la vente des pâtes phosphorées, la fabrication et l'emploi des allumettes chimiques au phosphore ordinaire.

Déjà deux rapports faits en 1850 et en 1851 par notre honorable collègue, M. Bussy, au Comité consultatif d'hygiène

publique sur la vente et l'emploi de la pâte phosphorée éveillèrent toute la sollicitude de l'administration; et, par une circulaire ministérielle du 9 avril 1853, la pâte phosphorée fut assimilée, en ce qui concerne les formalités à observer pour sa vente et son emploi, aux substances vénéneuses dont la nomenclature est annexée à l'ordonnance du 29 octobre 1846, et dans laquelle le phosphore se trouve compris. La pâte phosphorée n'étant que du phosphore en nature divisé et mélangé avec des substances alimentaires, on lui appliqua avec raison le régime auquel est soumis le phosphore lui-même.

Plus tard M. Chevallier, dans un excellent Rapport fait à l'Académie impériale de médecine sur l'empoisonnement par les allumettes chimiques, et M. Tardieu, notre nouveau collègue, dans un Rapport non moins remarquable soumis aux délibérations du Comité consultatif d'hygiène publique (1), exprimaient le vœu que le phosphore ordinaire ne fût pas employé dans la fabrication des allumettes chimiques, et qu'il fût remplacé par le phosphore amorphe. Si nous revenons sur cette importante question, c'est que l'empoisonnement par le phosphore prend des proportions effrayantes, et qu'aucune mesure, en ce qui concerne les allumettes chimiques, n'a encore été prise par l'autorité pour remédier à ce danger. Les feuilles publiques et plusieurs mémoires insérés dans les *Annales d'hygiène* ne laissent aucun doute sur les funestes effets des pâtes phosphorées et des allumettes chimiques. Tantôt ce sont des enfants qui succombent après avoir mangé de la pâte phosphorée ou après avoir sucé des allumettes chimiques; tantôt ce sont des empoisonnements criminels au moyen d'une soupe ou d'un aliment quelconque dans lequel on introduit la pâte des allumettes chimiques; tantôt, enfin, ce sont de malheureux ouvriers, de pauvres jeunes filles qui, par désespoir, s'empoisonnent avec de l'eau dans laquelle ils font tremper des allumettes, dont ils connaissent parfaitement les propriétés vénéneuses.

Outre ces dangers, on sait que la fabrication des allumettes

(1) *Annales d'hygiène publique*, 2e série, 1856, t. VI, p. 5 à 54.

chimiques exerce une influence fâcheuse sur la santé des ouvriers. Des maux de tête, des coliques et des douleurs d'estomac sont les troubles que l'on a observés le plus souvent dans les fabriques. M. Tardieu rapporte que les médecins de Sarreguemines ont remarqué que les enfants s'étiolent et que les ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques présentent la phosphorescence de l'haleine dans l'obscurité. Mais de toutes les affections qui frappent ces ouvriers, la plus cruelle, sans contredit, c'est la mortification des os de la face ou nécrose phosphorique, dont la science possède déjà un très grand nombre d'observations recueillies par MM. Neumann, Strohl, Roussel, Sédillot, Broca et d'autres chirurgiens.

Cette affection, qui paraît être la conséquence d'un empoisonnement lent, se termine assez souvent par la mort, et les malheureux qui en sont atteints, s'ils ne succombent pas, restent affligés d'infirmités incurables.

L'emploi des allumettes chimiques au phosphore ordinaire présente un autre danger : elles sont fréquemment la cause de grands incendies, soit par imprudence, soit dans un but criminel.

Quels sont les moyens de remédier aux dangers que nous venons de signaler? Pour éviter les dangers d'incendie et d'explosion, ou au moins pour les atténuer, le meilleur moyen consiste à faire usage des allumettes dites de sûreté hygiénique. La pâte de ces allumettes est composée de chlorate de potasse, de sulfure d'antimoine et de colle; elle ne contient, par conséquent, pas de phosphore. Pour les enflammer, on les frotte contre un des côtés extérieurs de la boîte qui renferme les allumettes, et qui est recouvert de phosphore rouge, d'antimoine et de colle. Ces allumettes réalisent un grand perfectionnement et méritent d'être signalées à l'attention publique.

On a proposé plusieurs substances pour remplacer le phosphore ordinaire et pour enlever aux allumettes chimiques leurs propriétés vénéneuses; mais dans l'état actuel de la science et de l'industrie, une seule peut être employée, c'est le phosphore rouge ou amorphe.

Le phosphore rouge ou amorphe n'est qu'une transformation allotropique du phosphore ordinaire. Lorsqu'on expose ce dernier à l'action de la lumière solaire, dans le vide ou dans une atmosphère d'azote ou d'hydrogène, on observe que sa surface devient rouge et que ses caractères chimiques se modifient tellement qu'on ne peut plus le reconnaître.

Mais pour obtenir une quantité considérable de phosphore rouge, on chauffe, d'après le procédé de M. Schrötter, le phosphore ordinaire dans un vase circulaire en fonte qui est plongé dans un double bain-marie de sable et d'alliage fusible, et qui communique, à l'aide d'un tube en cuivre muni d'un robinet avec une petite chaudière contenant du mercure. Après avoir fait dégager l'air et la vapeur d'eau, on élève la température de manière à faire arriver dans l'air des vapeurs de phosphore qui s'enflamment. Cela étant fait, on chauffe à la température de 170°, pendant dix à douze jours; lorsque l'opération est terminée, on lave le phosphore rouge avec le sulfure de carbone, puis avec une solution de potasse.

Le phosphore rouge diffère complétement du phosphore ordinaire par ses propriétés physiques et chimiques. En effet, il se présente sous la forme d'une poudre rouge, n'a pas d'odeur, ne laisse pas dégager de vapeurs irritantes, se conserve à l'air sans altération, et ne s'enflamme qu'à la température de 200 degrés; il repasse à l'état de phosphore ordinaire à 260 degrés, est insoluble dans l'éther hydrique et dans le sulfure de carbone, ne se combine pas avec le soufre en fusion, et n'est pas vénéneux.

De toutes les propriétés qui distinguent le phosphore rouge du phosphore ordinaire, la dernière est sans contredit la plus remarquable. De nombreuses expériences faites par MM. Bussy, de Vry, Lassaigne et Reynal, Renault et Delafond, Orfila et Rigout et par votre commission, ne laissent aucun doute sur l'innocuité du phosphore rouge. Tandis que le phosphore ordinaire est très vénéneux à des doses peu considérables, nous avons pu administrer à un lapin le phosphore rouge jusqu'à 2 grammes sans déterminer aucun symptôme d'empoisonnement. L'animal a conservé sa viva-

cité; il a mangé comme à l'ordinaire, et l'on a retrouvé le phosphore rouge dans les matières fécales. MM. Orfila et Rigout ont publié, dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, une expérience remarquable dans laquelle ils ont donné à une chienne 200 grammes de phosphore rouge par 30 et 50 grammes à la fois, et, à part un vomissement qui a paru accidentel, cet animal a continué à manger sans dégoût.

Quelques honorables industriels, parmi lesquels nous plaçons en première ligne M. Abright (de Birmingham) et M. Camaille (de Paris), mettant à profit les données de la science, ont fait des essais intéressants sur la fabrication des allumettes chimiques au phosphore amorphe. Suivant M. Tardieu, qui a suivi les opérations exécutées par M. Camaille, les allumettes préparées avec un mélange de phosphore rouge, de poudre de verre, de chlorate de potasse et de gomme adragante, sont d'excellente qualité et se conservent longtemps. Il importe donc de substituer au phosphore ordinaire le phosphore rouge qui offre de si grands avantages au point de vue de la sécurité publique.

Conclusions. — Après avoir examiné les diverses questions qui se rattachent à l'empoisonnement par le phosphore, nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie les conclusions suivantes :

1° Le phosphore enflamme les tissus qu'il touche; il peut même les brûler et les désorganiser. Dans ce cas, l'inflammation qu'il détermine suffit pour rendre compte de la mort;

2° Mais ces accidents ne sont pas une condition indispensable pour que le phosphore produise la mort; il résulte, en effet, d'un grand nombre d'expériences que les animaux, après avoir pris des quantités considérables de phosphore, n'ont présenté aucune trace d'inflammation. Dans ce cas, nous admettons qu'il est absorbé, soit à l'état de corps simple, soit sous la forme d'une combinaison acide;

3° Les acides du phosphore ne sont pas vénéneux; ils ne déterminent, comme les acides puissants, des accidents graves que lorsqu'ils sont concentrés ;

4° Le phosphore introduit dans l'estomac donne lieu à des accidents variables, suivant qu'il est fondu dans l'eau, dissous dans les huiles sous forme de poudre ou en cylindres ;

5° Dans la recherche du phosphore dans les cas d'empoisonnement, il importe avant tout de s'assurer si les matières suspectes contiennent du phosphore à l'état de liberté. Si on ne parvient pas à l'isoler, on doit essayer de produire le phénomène de la phosphorescence à l'aide de la méthode de M. Mitscherlich ;

6° On recherche, et l'on dose ensuite l'acide phosphorique et les acides inférieurs du phosphore. L'expert ne doit se prononcer que lorsqu'il a reconnu la présence du phosphore en nature ou par les lueurs phosphorescentes ;

7° Le nombre des empoisonnements par les pâtes phosphorées et par les allumettes chimiques se multiplie tellement depuis quelques années, qu'il importe de prendre les mesures les plus sévères pour remédier à ce danger. Nous exprimons le vœu que, dans la fabrication des allumettes chimiques, on substitue au phosphore ordinaire le phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux.

Enfin la commission à l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Réveil.

— MM. Desportes et Ferrus présentent quelques observations sur l'emploi médical du phosphore. M. Ferrus rappelle l'usage fréquent que font de cette substance les personnes qui cherchent à déterminer artificiellement l'excitation des organes génitaux ; il demande à M. Poggiale si, dans ses expériences, il a vu l'absorption du phosphore produire des effets de ce genre.

— M. Poggiale répond négativement ; il a ajouté que ce point de vue n'a pas spécialement attiré son attention ni celle de M. Réveil.

— M. Ferrus ne croit pas aux propriétés aphrodisiaques du phosphore et émet le vœu que l'inutilité de cette substance soit portée à la connaissance du public, afin que les personnes qui seraient tentées de faire usage du phosphore dans ce but, sachent bien qu'elles s'exposent à des dangers sans profit.

— Sur la proposition de M. le secrétaire perpétuel, l'Académie décide que le rapport de M. Poggiale sera adressé à M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

—

COMMUNICATION.

Expériences faites, à l'infirmerie de l'hôtel impérial des Invalides, avec la poudre désinfectante de coaltar et de plâtre, dans le service des blessés, par M. Bonnafont, médecin principal.

Sur l'invitation de M. Faure, médecin en chef de l'hôtel impérial des Invalides, la poudre de coaltar et de plâtre, préparée par les soins de M. Langlois, pharmacien en chef, selon la formule donnée par M. Velpeau, a été expérimentée à la salle de la Valeur sur plusieurs blessés, dont deux seulement seront l'objet des réflexions qui suivent :

Le premier est un invalide atteint d'un vaste ulcère au pied gauche, avec suppuration abondante et fétide, résultant d'une gangrène sénile, qui a détruit toutes les parties molles des phalanges, une grande étendue de celles de la région plantaire : en mettant à nu toutes les phalanges, ainsi que la moitié des métatarsiens, la suppuration entretenue par des lambeaux d'aponévrose et de tendons, ainsi que par des os sphacélés, était très abondante et d'une fétidité extrême.

Le second malade présentait une vaste eschare gangréneuse également sénile, qui embrassait toute la région métatarso-phalangienne du pied gauche, d'où s'échappait une odeur très infecte, mais donnant peu de suppuration.

Afin de donner à ces expériences toutes les garanties de vérité que M. Faure et moi désirions, il fut prescrit à tous les chirurgiens de garde d'inscrire sur leur rapport le résul-

tat des pansements du soir, ainsi que les phénomènes qu'ils auraient observés.

Ces observations, prises successivement par tous les médecins de l'hôtel, jointes à celles que je prenais moi-même à chaque pansement du matin, durant une période de trente-deux jours, nous ont paru suffisantes pour formuler un jugement sur ce mélange.

Mais, afin d'abréger, et pour ne pas répéter ce qui a été dit à ce sujet depuis l'intéressante communication de M. Velpeau, nous croyons pouvoir résumer les expériences faites dans notre service par les conclusions suivantes :

1° La poudre de coaltar et de plâtre a la propriété incontestable de détruire ou de masquer l'odeur qui s'exhale des plaies.

2° Le degré d'action de ce mélange est en raison inverse de la quantité de suppuration produite d'un pansement à l'autre.

3° Cette poudre ne possède que peu ou point de propriétés absorbantes : la preuve en est, que si on en applique une couche un peu épaisse sur une plaie ou ulcère fournissant une suppuration abondante, celle-ci, après avoir imbibé la couche de poudre le plus immédiatement en contact avec elle, rend le mélange imperméable, et le reste de pus sécrété reste ainsi cloîtré dans la plaie. Pendant que ce phénomène se passe à l'intérieur, le restant de la poudre et le linge à pansement qui la recouvre demeurent complétement secs.

4° Quand on renouvelle le pansement dans les conditions qui précèdent, l'odeur du coaltar est la seule qui domine d'abord ; mais, aussitôt que la poudre est enlevée, la suppuration qu'on trouve accumulée sur la plaie n'a perdu que peu ou point de son odeur. Cette observation a pu être faite et vérifiée plusieurs fois, mais beaucoup mieux au pansement du matin qu'à celui du soir ; cette différence s'explique par l'intervalle qui existe entre chacun d'eux, le temps qui les sépare permettant à la suppuration d'être bien plus abondante le matin que le soir ; d'où, comme l'a dit M. Velpeau, la nécessité de renouveler souvent les pansements.

5° Si on n'a pas mis une couche suffisante de poudre, ou que la suppuration soit assez abondante pour la traverser et pour imbiber la charpie et le linge du pansement, il y a cela de remarquable que le pus qui a traversé la couche de coaltar n'a perdu que fort peu de son odeur spécifique et qu'elle domine celle de la poudre, tant que celle-ci n'a pas été mise à découvert.

6° Il résulte de ce qui précède que l'odeur du pus n'est nullement détruite, mais seulement masquée par celle de coaltar; ces deux odeurs ne seraient donc, s'il est permis de s'exprimer ainsi, que *juxtaposées*.

7° Tout le mode de pansement d'une plaie qui suppure abondamment, et qui ne réunit pas les conditions essentielles d'absorber le pus au fur et à mesure qu'il est sécrété, est essentiellement vicieux et difficilement applicable à un grand service de blessés, à cause de la nécessité de renouveler trop souvent les pansements. Or, on sait combien dans un grand service militaire, en campagne surtout, il est difficile de panser deux fois seulement les blessés dans les vingt-quatre heures.

8° Comme toutes les poudres, celle de coaltar exige en outre un certain temps pour être enlevée des surfaces de la plaie, et rend ainsi les pansements plus longs; c'est encore là un inconvénient qui mérite d'être pris en sérieuse considération pour les cas surtout où le médecin a plusieurs malades à panser dans un temps donné; il faut noter cependant que le mélange de coaltar et de plâtre s'enlève bien plus facilement que les autres mélanges pulvérulents.

9° La poudre de coaltar a cela de commun avec toutes poudres carbonifères, c'est qu'elle salit ce qu'elle touche, et enlève ainsi au pansement tout caractère de propreté; il y aurait peut être avantage, si cela n'était pas si coûteux, d'imiter MM. Poinçot et Malapert de Poitiers, en renfermant, comme ils l'ont fait pour leur poudre désinfectante, celle de coaltar dans des sachets en gaze de dimensions diverses; ces sachets ont l'avantage d'en simplifier l'application, de rendre la poudre plus perméable au pus, et de l'empêcher surtout de se répandre partout.

10° Quant à l'action de ce topique sur les surfaces ulcérées, chroniques et blafardes, elle est incontestablement salutaire; mais il serait difficile, d'après les essais faits aux Invalides, d'assurer que cette propriété fût supérieure à celles des poudres simples ou composées, employées depuis longtemps dans les mêmes cas.

Ces conclusions ont été rédigées d'après les observations prises en commun par MM. les docteurs Ossian Henry, notre chef de clinique, Drouet, Daussure et Harmand, attachés au service des blessés.

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Description de deux espèces de galles trouvées sur le *quercus pedunculata*, par M. le docteur Léon Soubeiran.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXIV, n. 21 et 22.

Bulletin général de thérapeutique, 30 août.

La Revue médicale française et étrangère, 31 août.

La Revue thérapeutique du Midi, n. 16.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, n. 17.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 33.

Journal du progrès des sciences médicales, n. 5.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 35.

Gazette médicale de Paris, n. 36.

Journal des Savants. Août.

La France médicale et pharmaceutique, n. 36.

L'Abeille médicale, n. 36.

L'Union médicale, n. 103 à 105.

Gazette des hôpitaux, n. 102 à 104.

Le Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques, n. 5 à 7.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 9.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. JULES CLOQUET.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Algérie et des colonies adresse à l'Académie, pour sa bibliothèque, l'atlas destiné à être joint à la notice minéralogique de M. Ville sur les provinces d'Alger et d'Oran.

M. le ministre de la justice transmet à la Compagnie un rapport médico-légal sur un assassinat commis dans l'arrondissement d'Auch, et demande son avis sur les questions soulevées dans ce rapport. (*Commissaires :* MM. Adelon, Larrey, Gavarret, Devergie et Tardieu.)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Une liasse d'instructions sur la vaccine, qu'il est dans l'usage de joindre à chaque envoi de vaccin, soit dans les départements, soit à l'étranger.

II. Des échantillons d'eau minérale provenant d'une source ituée dans la commune de Compan (Seine-et-Marne), pour être analysés dans le laboratoire de la Compagnie. (*Commission des eaux minérales.*)

III. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Loire en 1858. — Un rapport de M. Bourdin sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Brésilley (Haute-Saône) en 1859. — Un rapport de M. Laroche sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Angers en 1858. — Un rapport de M. Crespy sur une épidémie de gastro-entéro-céphalite

qui a régné dans la commune de Longues. (*Commission des épidémies.*)

IV. L'état des vaccinations pratiquées par M. le docteur Prosper Hullin dans les départements de la Vendée, de Maine-et-Loire et des Deux-Sèvres pendant l'année 1858. (*Commission de vaccine.*)

V. Une nouvelle lettre de M. Losiewicz, et un échantillon d'un onguent qu'il a soumis à l'examen de la Compagnie. — Les recettes et les échantillons de divers remèdes et préparations pharmaceutiques présentés par les sieurs Cadée, Pourret et Février. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

VI. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1858 dans les départements du Loiret, de la Lozère, du Pas-de-Calais, de la Marne et de l'Isère. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. le docteur Handvogel, au sujet du rapport de M. Bouley sur le mémoire de M. Labourdette, prie l'Académie de vouloir bien ouvrir un pli cacheté déposé par lui dans la séance du 2 juin 1857. (Il est fait droit à cette demande.) Voici le contenu de ce pli :

« J'ai l'honneur d'informer l'Académie de médecine que je » fais depuis quelque temps des expériences ayant pour objet » d'animaliser diverses substances minérales, telles que le fer, » le zinc, l'iode, l'arsenic, etc.

» Faire assimiler certaines préparations minérales à des » animaux mammifères, afin de donner à leur sécrétion lactée » une action analogue aux agents introduits dans l'organisme » de ces animaux ; déterminer ensuite par l'analyse la quan- » tité, la qualité et la nature du lait et de la substance dont » ce liquide est chargé ;

» Enfin comparer par une série d'observations l'action de » ce lait médicamenteux sur l'organisme humain avec celle » d'autres préparations chimiques ; tel est le but des recher- » ches dont je suis occupé.

» Je me propose de faire des expériences identiques dans » le règne végétal. »

II. M. le docteur Pons adresse à l'Académie une note sur la constitution régnante. (*Commission des épidémies.*)

III. De l'emphysème typhoïde, par M. le docteur Dourif. (*Commissaires :* MM. Louis, Barth et Beau.)

IV. Note sur les alcooliques en chirurgie, par M. le docteur Lecœur. (*Commissaires :* MM. Gimelle et Larrey.)

V. Fracture des os de la jambe observée chez un enfant né d'une mère qui avait fait une chute au troisième mois de sa grossesse, par M. le docteur Benoist. (*Commissaires :* MM. Bouvier et Depaul.)

—

Discussion sur la chorée.

M. Trousseau : Messieurs, dans l'avant-dernière séance, mon excellent ami, M. Bouvier, réclamait l'indulgence de l'Académie, qui l'écoute toujours avec tant de plaisir. Quant à moi, je lui demanderai un peu de patience seulement, et je tâcherai de n'en point abuser.

M. Bouvier s'est livré à une discussion, très intéressante d'ailleurs, pour prouver que j'avais fait quelques erreurs historiques relativement à la danse de Saint-Guy et à la chorée. Je souscris à toutes ses critiques, mais je persiste à dire qu'il y a eu et qu'il y a encore une confusion qu'il importe de faire disparaître, et qui disparaîtra si l'on veut donner à la danse de Saint-Guy une dénomination spécifique.

Permettez-moi de poser une série de questions auxquelles je répondrai immédiatement, sauf à les développer ensuite :

1° Depuis plus de trois siècles, désigne-t-on sous le nom de *danse de Saint-Guy* des névroses très diverses? — Oui.

2° Depuis bientôt un siècle, désigne-t-on sous le nom de *chorée* des névroses très diverses? — Oui.

3° Cette erreur existe-t-elle aujourd'hui? — Oui.

4° Enfin, Sydenham a-t-il exclusivement réservé le nom de danse de Saint-Guy à ce que l'on entend aujourd'hui par cette dénomination? — Oui, encore.

J'ai dit que depuis plus de trois siècles on désignait sous le nom de danse de Saint-Guy, des névroses très diverses.

Les pèlerins, les malades qui arrivaient de tous les coins de l'Allemagne pour chercher la guérison aux chapelles consacrées la plupart à saint Guy, ou saint Weit, étaient, pour le plus grand nombre, des choréomanes, des hypochondriaques, des hystériques, des fous, des fourbes, mais souvent aussi de véritables choréiques, dans le sens que l'on attache et que M. Bouvier veut attacher exclusivement à ce mot. Enfin, de toutes parts les individus atteints de maladies convulsives venaient chercher la guérison, et M. Bouvier m'accordera, je l'espère, que la *chorée vulgaire* n'était pas exceptée. Encore aujourd'hui, nous avons en France des chapelles où sont amenés les malades atteints de convulsions, et, à côté des hystériques, qui forment toujours la plus grande masse, à côté des épileptiques, des idiots, se trouvent toujours des enfants ou des adultes atteints de la véritable danse de Saint-Guy. Il serait étrange qu'il en fût autrement. M. Bouvier ose-t-il répondre de la fidélité des descriptions des médecins des XVe, XVIe et XVIIe siècles, quand de nos jours nous voyons tant d'incertitudes sur le diagnostic de la plupart des maladies nerveuses?

A la fin du XVIIe siècle, en plein règne de Louis XIV, lorsque le roi d'Angleterre Jacques II, quelques années avant la révolution de 1688, fit une tournée dans les comtés du centre, il imposa, en une semaine, les mains à plus de 20,000 individus atteints des écrouelles, *King's evil*, le *mal du roi*, que les rois d'Angleterre avaient la prétention de guérir, comme les rois de France leurs voisins.

Si indulgent que M. Bouvier puisse être pour le diagnostic du roi Jacques, pense-t-il qu'il y eût vraiment rassemblée dans un ou deux comtés de l'Angleterre, une armée d'écrouelleux? Si, de nos jours, les médecins les plus recommandables ont de la peine à s'entendre sur la forme des accidents attri-

bués à l'influence strumeuse, M. Bouvier m'accordera-t-il que plus de la moitié des malades que le roi Jacques guérissait ou espérait guérir, avaient toute autre chose que le terrible *King's evil?*

Toutes les maladies chroniques extérieures étaient, par le peuple, rangées sous ce chef, de même que, les siècles précédents, toutes les maladies convulsives pour lesquelles on reclamait l'intercession de saint Guy, étaient désignées par une dénomination commune.

Cependant les médecins du siècle dernier cherchèrent à faire disparaître la confusion qui régnait sur les maladies scrofuleuses. Comme Sydenham, à la fin du XVIIe siècle, avait séparé de toutes les affections convulsives la maladie à laquelle, depuis lui, on a plus particulièrement imposé l'appellation de danse de Saint-Guy.

C'est, ainsi que je l'établissais dans ma quatrième proposition, au grand Sydenham que l'on doit d'avoir exclusivement consacré la dénomination de danse de Saint-Guy à ce que MM. Blache et Bouvier veulent désigner sous le nom de chorée.

« Quædam convulsionis species, quæ chorea sancti Viti » vulgo appellatur, ut plurimum pueros puellasque a de- » cimo ætatis anno, ad pubertatem invadit. » (Sydenham, t. I, p. 360.)

Il indique la prédominance d'un côté, l'impossibilité de laisser la main dans la même place, la manière bizarre de boire des malades, qui jettent en quelque sorte le liquide dans leur bouche, etc., etc. ; enfin il insiste sur la fréquence des récidives : « Et quoniam qui hoc morbo semel laboravit, facile » recidivam pati possit. »

M. Bouvier m'accordera sans peine que Sydenham a bien voulu parler de la chorée vulgaire. Il m'accordera encore que, si plusieurs auteurs voulaient confondre la choréomanie avec la chorée vulgaire, déjà le nom de *danse de Saint-Guy* était plus spécialement affecté à la maladie que Sydenham a si bien décrite, puisqu'il dit textuellement : « Quæ *vulgo* chorea » sancti Viti appellatur. » Donc, avant Sydenham, du temps

de Sydenham, on avait déjà, à tort peut-être, réservé le nom de *danse de Saint-Guy* à l'affection convulsive que Bouteille, MM. Blache et Bouvier désignent plus expressément sous le nom de chorée.

Je veux bien admettre, avec M. Bouvier, que Sydenham, dont mon excellent ami accuse l'érudition, s'était trompé; toujours est-il que l'Hippocrate anglais a une assez grande figure dans l'histoire de notre art, pour que l'on puisse, pour qu'on doive être glorieux de marcher à sa suite. Aussi, disons-le, depuis ce grand homme, tous les médecins, heureux d'avoir vu débrouiller le chaos de la danse de Saint-Guy du moyen âge, réservent ce nom à la chorée vulgaire.

Je demande donc un bill d'indemnité, et puisque je me trompe, laissez-moi me tromper en si bonne compagnie.

J'ai donc démontré ma première et ma quatrième proposition.

J'arrive à la deuxième et à la troisième : j'ai prétendu que, depuis bientôt un siècle, on désignait sous le nom de *chorée* des névroses très différentes, et que cette erreur existait encore aujourd'hui.

M. Bouvier me défiait de lui en donner la preuve; mais elle est dans Bouteille lui-même, qui, tout en décrivant plus spécialement la chorée vulgaire, confondait avec elle (M. Bouvier l'a reconnu et le lui a reproché avec raison) des affections convulsives très différentes de la danse de Saint-Guy. Cette erreur existe dans Joseph Frank, plus moderne encore que Bouteille; elle se retrouve dans Bernt, qui, contemporain de Bouteille, a publié sur la chorée un livre bien supérieur à celui de ce dernier. Il admettait une chorée rotatoire, circumrotatoire, circumambulatoire, festinante, saltatoire, etc.

J'en pourrais citer un grand nombre encore : ainsi Ewart, en 1786, à Édimbourg; Salt, en 1793; Forgues, en 1811; ces deux derniers également d'Édimbourg. Tous ces auteurs, dans leurs traités *De chorea*, sont tombés dans la confusion que M. Bouvier considère comme si rare, sinon comme tout à fait impossible.

Frank, que je citais il n'y a qu'un instant, rapporte à la

chorée l'histoire d'un soldat polonais, blessé à Château-Thierry, et qui renversait, par un mouvement nerveux irrésistible, sa tête, de manière à faire toucher son dos par son occiput; Bernt regarde comme un fait de chorée l'affection d'un valet qui, en servant, se mettait à tourner autour de la table en courant; il en a fait la *chorea ambulataria;* — Dorfmuller parle d'une jeune fille de neuf ans qui sautait, comme un chat, sur la tête de son père, et il en fait une choréique, etc.

Il y a deux ans, nous avons vu, M. Béhier et moi, rue de la Ferme-des-Mathurins, un jeune garçon atteint de la *chorea saltatoria*. M. Béhier, qui est un des pathologistes les plus éminents de notre époque, soutenait que c'était une chorée vulgaire, et moi je soutenais que c'était bien une chorée — c'est mon nom générique — mais non la chorée ordinaire. Nous sommes encore en discussion. Donc ce n'est pas aussi généralement admis que M. Bouvier veut bien le dire. M. Marcé, dans l'excellent travail qui a donné lieu à cette discussion, confond, lui aussi, sous le nom de *chorées*, des maladies convulsives très différentes, et tous les jours dans les recueils périodiques, nous voyons cette confusion se reproduire.

M. Sée, dans son travail rappelé par M. Bouvier, spécialise aussi la chorée, et il ne se bat certainement pas contre des moulins à vent, pas plus que moi. Il distingue la chorée vulgaire de la chorée qu'il appelle rhythmique. Donc, encore une fois, la confusion existe, et il s'agit de la faire cesser.

Je ne tiens pas à mon mot de danse de Saint-Guy, assez ridicule je le reconnais, et antihistorique si M. Bouvier le veut. Qu'on en donne un autre, ça m'est égal. Mais distinguez, par grâce, ce qui est générique d'avec ce qui est spécifique. Cela n'est pas sans importance en pathologie et en thérapeutique.

J'en devrais rester là; mais, messieurs, vous vous souvenez que cette discussion a précisément pris naissance à propos de l'excellent travail de M. Marcé sur les troubles de l'intelligence dans la chorée. Mon savant ami, M. Bouvier, laissant habilement de côté ce point de la question, a voulu

pourtant, par cette figure de rhétorique que l'on appelle une *prétérition*, me faire voir qu'il n'acceptait pas plus que M. Blache la fréquence des troubles intellectuels dans la chorée. Qu'il me permette donc d'y revenir un instant.

Je n'ai jamais dit, et j'invoque ici le témoignage de nos collègues, que les choréiques fussent fous ou idiots; j'ai dit que, sauf de très rares exceptions, leur intelligence était affaiblie; et si vous vous rappelez la comparaison dont je me suis servi, j'ai dit que les adolescents avaient une *intelligence infantile*, les adultes une *intelligence sénile*. Ce qui signifie, non qu'ils sont en démence, mais qu'ils sont *imbecilli intellectu*, expression latine qui rend parfaitement ma pensée.

Permettez-moi une comparaison : quand Pierre Corneille, devenu vieux, composait, entre deux psaumes, ces tristes tragédies d'*Agésilas* et d'*Attila*, fruits avortés d'une intelligence décrépite, il faisait une œuvre supérieure encore à celle que le vulgaire des hommes aurait pu enfanter; mais était-ce digne d'*Horace* et de *Cinna?* Quand Voltaire, à quatre-vingt-quatre ans, couvert de fleurs et de couronnes, enivré de louanges et d'applaudissements, venait à la Comédie-Française assister à la représentation d'*Irène*, ce flasque produit de sa flasque vieillesse, il était encore un homme d'esprit; mais était-il le Voltaire qui, cinquante ans auparavant, déposait tous les quatre jours, sous la serviette de madame Du Châtelet, un acte de *Zaïre?* était-il le Voltaire de *Zadig* et de *Candide?*

Ne parlons plus de ces demi-dieux du génie, descendons plus bas, parlons de nous. Nous touchons bientôt, vous et moi, mon cher camarade, à cet âge de la vie où s'émousse la virilité de l'intelligence, où les faits ne laissent plus dans le cerveau qu'un sillon superficiel, où la copulation des idées, pour me servir d'une expression consacrée par les psychologistes, n'amène plus de conceptions, où, lorsque nous courons après l'esprit, nous risquons fort de le voir courir plus fort que nous.

Aujourd'hui, lorsque, à l'hôpital des Enfants, vous faites vos admirables leçons sur les maladies de l'appareil locomo-

teur, votre amphithéâtre n'est point assez vaste pour les nombreux élèves qui viennent vous entendre. Le temps n'est pas loin où vous et moi verrons chaque année nos bancs se dégarnir davantage jusque-là que nous en soyons réduits à l'hémicycle étroit, mais pourtant consolateur, des élèves de notre service.

Nous ne serons pas, je l'espère du moins, des idiots, nous ne serons peut-être pas des sots, car on naît sot, on ne le devient pas; mais nous serons, comme les enfants atteints de danse de Saint-Guy, nous serons *imbecilli intellectu*, nous ne serons plus, que l'Académie me permette cette expression si peu académique, nous ne serons plus que la rinçure de nous-mêmes.

Et vous n'attendrez pas, sans doute, que nous ayons conscience de cet affaiblissement sénile. Quand la faveur publique se retirera de nous, nous accuserons le mauvais goût de l'époque, l'invasion des fausses doctrines, peut-être la coalition, cette commode excuse de ceux qui ne réussissent pas ou qui ne réussissent plus.

Car, mon cher collègue, l'archevêque de Tolède, tout archevêque qu'il était, a laissé une nombreuse lignée, et nous ne serons pas les derniers de son innombrable postérité.

Si nous nous rendons si difficilement justice à nous-mêmes, croyez bien que les parents sont plus indulgents encore pour leurs enfants. Comment voulez-vous qu'ils confessent l'affaiblissement intellectuel de ces êtres si chers et si précieux? Combien de fois, je vous le demande, avez-vous entendu une mère avouer la faiblesse intellectuelle d'un enfant complétement idiot? C'est un enfant nerveux, dans le cerveau duquel les idées accumulées se pressent de telle sorte qu'elles s'échappent confusément.

Que l'Académie me pardonne de m'être laissé entraîner un peu plus loin que je ne voulais.

Je me résume.

La chorée vulgaire doit conserver le nom spécifique de danse de Saint-Guy.

Dans la danse de Saint-Guy, l'intelligence des malades est presque toujours notablement affaiblie.

— M. Piorry : M. Trousseau admet une danse de Saint-Guy spéciale (il s'est trompé en disant spécifique), qu'il arrange à sa façon, et il suppose qu'il y a une foule de danses de Saint-Guy exactement pareilles ; mais c'est une erreur : on irait à l'infini si l'on voulait créer un genre pour chaque symptôme nouveau. Une manière déplorable de philosopher, c'est de croire qu'il y a une maladie unitaire au lieu d'étudier les états organopathiques qui diffèrent avec chaque malade. J'ai vu aussi des danses de Saint-Guy : aucune ne se ressemblait, ni par les symptômes, ni par les moyens qu'on devait leur opposer, etc.

Il est très facile, trop facile, sans contredit, de faire des genres et des espèces, à la façon des nosologistes, en désertant le drapeau exact de l'anatomie.

Il faut donc dire : Un homme est malade avec tels symptômes. En quoi son état diffère-t-il de l'état sain? Et chercher à rétablir l'état physiologique. Voilà tout.

Vous venez d'entendre, sous une forme charmante, il faut le dire, des erreurs que je crois énormes : on vous a parlé de Corneille, de Voltaire, etc. Mais quel enseignement ressort de tout cela? Je n'en trouve aucun.

En somme, il y a des choréiques et point de chorées. Les convulsions sont en rapport avec la partie des centres ou des nerfs atteints, sans pour cela qu'on trouve une maladie identique à laquelle on aurait à opposer une médication, je ne dirai pas spécifique, mais spéciale. Tout cela s'éloigne autant que possible de ce que montre la saine observation. J'ai dit ce que je voulais dire.

—

LECTURES.

Note sur la découverte du mélange désinfectant de plâtre et de coaltar improprement nommé poudre Corne et Demeaux, par M. Bonnafont.

La manière dont le mélange désinfectant de plâtre et de coaltar a été annoncé, accueilli et discuté, a fait croire que ce composé était inconnu jusqu'alors, et que MM. Corne et Demeaux en étaient réellement les inventeurs. Les recherches auxquelles je me suis livré à ce sujet, conjointement avec mon estimable confrère, M. Ossian Henry fils, depuis les expériences que j'ai faites aux Invalides, m'ont conduit à quelques découvertes que, dans l'intérêt de la vérité et de l'histoire de l'art, je crois devoir communiquer à l'Académie. Je le dois aussi à la mémoire d'un jeune confrère avec qui j'avais eu de fréquents rapports, et qui, mort si jeune, a laissé pourtant des travaux que les médecins légistes peuvent consulter avec fruit. Tout le monde a deviné que je veux parler de Bayard, de ce praticien qui, sous l'intelligente direction d'Olliviers (d'Angers), s'occupait avec tant de zèle et d'ardeur de tout ce qui avait trait à la médecine légale et à l'hygiène publique. Eh bien! il résulte de nos recherches que Bayard est réellement l'inventeur de la poudre désinfectante de plâtre et de coaltar. C'est ce qu'il me sera facile de prouver.

En 1846, la Société d'encouragement mit au concours cette question : *De la désinfection des urines et des matières fécales*, et proposa un prix de 2,000 francs à cet effet (*Mémoires de la Société d'encouragement*, t. XLVI, année 1847, et t. XLVII, année 1848).

M. Bayard, l'un des concurrents, envoya un long et intéressant travail auquel la Société décerna une médaille d'argent.

« Dans ce mémoire, l'auteur conseilla de prévenir la fer-
» mentation ammoniacale de l'urine en versant dans le ré-
» servoir qui la contient une couche d'huile mêlée d'une
» certaine proportion de goudron de houille (coaltar) ou de

» suie en poudre; mélange d'une densité légère et qui sur-
» nage.

» L'action préservatrice exercée par le goudron de houille
» (coaltar) sur l'urine fraîche, est impuissante sur l'urine en
» fermentation, parce que l'acidité du goudron ne suffit pas
» pour saturer l'alcalinité du liquide dès qu'il se dégage du
» carbonate d'ammoniaque. Il faut alors avoir recours à des
» agents plus énergiques qui rendent fixes les sels ammonia-
» caux; les acides et les sulfates arrêtent la fermentation en
» décomposant les liquides.

» Après avoir proposé de diviser les matières fécales en
» deux parties, M. Bayard proposa, pour la désinfection des
» matières solides, une substance désinfectante et perma-
» nente qui n'est autre chose que le goudron de houille mêlé
» à des substances pulvérulentes, telles que l'*argile*, le
» *plâtre*, etc., ou bien une poudre composée ainsi :

Sulfate de fer.....	250 grammes.
Argile ferrugineuse.....	200 —
Plâtre.....	150 —
Coaltar.....	Quantité variable.

» La pâte compacte, obtenue par ce mélange avec les ma-
» tières solides, ne répand aucune odeur. »

Ne trouve-t-on pas dans cette note le résumé de tout ce qui a été dit sur le désinfectant de plâtre et de coaltar? Tout, jusqu'à la fameuse brique désinfectée de M. Bouley, y est indiqué.

On dira peut-être que MM. Corne et Demeaux ont mieux précisé la dose de ce mélange; cela peut être vrai pour ce qui concerne le pansement des plaies, et encore je ne vois pas dans la proportion d'*un à trois* de coaltar sur *cent* parties de plâtre une grande différence avec la formule de M. Bayard, qui, sur 150 parties de plâtre, indique une quantité variable de goudron de houille (coaltar). Je crois que la dose de coaltar ne saurait être précisée, puisque, pour en obtenir de bons résultats, elle doit varier suivant la nature de la plaie, la quantité de suppuration produite et suivant sa fétidité. Je

sais qu'on peut m'objecter que ce mélange étant proposé d'avance suivant une formule donnée, on peut en rendre l'effet plus ou moins actif en augmentant ou en diminuant la quantité employée. Mais cette poudre n'agissant que par l'odeur qu'elle exhale, je crois qu'on atteindra plus facilement le but qu'on se propose en variant, suivant les cas, la dose de coaltar.

En somme, messieurs, il est bien démontré maintenant :

1° Que le mélange désinfectant de plâtre et de coaltar était connu depuis au moins 1846 ;

2° Que Bayard paraît en être l'inventeur, puisque la Société d'encouragement, par l'organe de M. Chevallier, rapporteur, lui décerna une médaille d'argent ;

3° Que MM. Corne et Demeaux n'ont fait que le retirer de l'oubli dans lequel il était tombé, et en supposant, ce que j'admets sans preuve, qu'ils n'en eussent aucune connaissance, rien ne peut les empêcher de restituer à qui de droit le mérite de cette invention. Il leur restera toujours la part assez grande et très méritoire d'en avoir étendu l'usage à la thérapeutique.

D'ailleurs, le désintéressement avec lequel ils ont abandonné le prétendu secret de cette composition est un sûr garant qu'ils restitueront aussi à ce mélange le nom de son propre inventeur, et l'Académie, au jugement de laquelle j'ai l'honneur de soumettre ces réflexions, ne voudra pas que la mémoire d'un praticien dont je plaide si modestement la cause reste dépouillée d'un mérite que Bayard revendiquerait avec bien plus d'éloquence s'il était encore parmi nous.

— M. H. Bouley : Je demande à faire observer que M. Bonnafont invoque en faveur de M. Bayard, contre MM. Corne et Demeaux, une décision de la Société d'encouragement. Mais c'est précisément cette Société qui a décerné une médaille d'or à la poudre de ces messieurs. M. Bayard n'avait eu, en aucune façon, l'idée d'appliquer son mélange désinfectant à la chirurgie ; il ne pensait qu'à s'en servir pour assainir le service des vidanges. Que les industriels donc, s'il leur

plaît, donnent le nom de poudre Bayard au mélange de plâtre et de coaltar; mais que les chirurgiens continuent de l'appeler poudre Corne et Demeaux.

En somme, je proteste formellement contre le titre de la note de M. Bonnafont, qui signale la poudre de coaltar comme ayant été *improprement* nommée poudre Corne et Demeaux; cela ne me semble point juste, et je trouve, quant à moi, que c'est très proprement qu'elle a été nommée ainsi.

— M. Larrey : Aussitôt que les journaux de médecine eurent apporté à Milan la communication de M. Velpeau, nous fîmes des expériences : une partie des rapports a déjà été envoyée par M. le maréchal Vaillant à l'Académie des sciences. Je continue à en recevoir; mais je puis dire, dès à présent, qu'il résulte de l'ensemble de ces rapports que l'emploi de la poudre au coaltar, bien qu'offrant des avantages certains, ne tient pas toutes les promesses faites en son nom, et qu'en un mot, à cet égard, il faut se mettre en garde contre l'exagération avec laquelle on a vanté la découverte de MM. Corne et Demeaux. J'ajoute qu'il ne me semble pas mauvais que l'on recherche, ainsi que l'a fait M. Bonnafont, les véritables ou le véritable inventeur de cette poudre, tout en rendant justice à l'idée de MM. Corne et Demeaux de l'avoir appliquée à la chirurgie.

— M. Robinet : Un grand journal politique m'a fait dire, dans sa chronique scientifique (qui n'est pas signée d'un nom médical), qu'en thérapeutique je n'admettais que ce que je comprenais. Je n'ai jamais dit une énormité semblable, et je crois inutile ici de protester plus explicitement. Je voudrais seulement demander à M. Larrey si l'on avait fait d'autres essais désinfectants avant la poudre au coaltar. On traitait les plaies, mais on ne pensait pas à les désinfecter. Si l'on avait ouvert le *Bulletin de la Société d'encouragement*, on aurait trouvé cent cinquante recettes qui auraient donné, j'en suis convaincu, les meilleurs résultats. Sans parler de l'azotate de plomb, quand Labarraque proposa son chlorure

de sodium, on en vanta les effets avec plus d'enthousiasme qu'on ne le fait maintenant pour le plâtre au coaltar. Qui se sert aujourd'hui du chlorure de sodium?

— M. Bouley : M. Robinet vient de plaider, sans le vouloir, la cause de MM. Corne et Demeaux.

— M. Robinet : Vous êtes donc de l'avis de la chronique de la *Patrie?*

— M. Bouley : Non, mais je dis que M. Robinet vient de constater que personne, avant MM. Corne et Demeaux, ne songeait à désinfecter les plaies. Eh bien, il en résulte clairement que ces messieurs ont rendu un grand service en appelant sur ce sujet l'attention du monde savant.

— M. Bonnafont : Je n'ai jamais contesté le mérite réel de MM. Corne et Demeaux. A cet égard, je suis de l'avis de M. Bouley. Mais je ne vois pas pourquoi une poudre qu'ils n'ont pas inventée porterait leurs noms. Qu'on dise qu'ils ont eu l'excellente idée d'appliquer à la désinfection des plaies la poudre de Bayard, et je crois que les droits de tous, y compris ceux de la vérité, seront ainsi sauvegardés.

La séance est levée à cinq heures.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Sitzungsberichte d. philos-histor.-Classe der Akad. der Wissenschaften. Vienne, 1858, n. 16 à 29. — 1858, n. 1 à 9.

Denkschriften der math.-naturw.-Classe der Akad. der Wissenschaften. Vienne, XV, XVI.

The Institutes of medicine, by Martin Paine. New-York, 1858.

Medical and physiological commentaries, par le même auteur, 3 volumes, 1840, 1841, 1844.

Memoir of Robert Troup. New-York, 1852.

Un nouveau chapitre aux études sociales, hygiéniques et médicales sur les ouvriers employés aux travaux du port du Havre, par M. le docteur Lecadre.

Nécrologie. — Le docteur Lucas-Championnière, par le même auteur.

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cœcal, par M. le docteur E. Leudet.

De l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie, etc., par MM. les docteurs Batailhé et Guillet.

Sur la réunion des fibres nerveuses et sensibles avec les fibres motrices, par MM. les docteurs Gluge et Thiernesse.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Septembre.

Montpellier médical. Septembre.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 34.

Journal du progrès des sciences médicales, n. 6.

L'hydrothérapie, 1er fascicule.

Clinique européenne, journal international de médecine, n. 37.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 36.

L'Abeille médicale, n. 37.

Gazette médicale de Paris, n. 37.

La France médicale et pharmaceutique, n. 37.

L'Union médicale, n. 106 à 108.

Le Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques, n. 8 à 10.

Gazette des hôpitaux, n. 105 à 107.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année 1859, n. 91.

Notice bibliographique sur L.-J. Bégin, ancien inspecteur et président du Conseil de santé des armées, par M. Orellois.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, tome XLIX, n. 10.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. le docteur Colson sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Commercy (Meuse) en 1857 et 1858. (*Commission des épidémies.*)

II. Des échantillons d'eau minérale provenant d'une source située dans la commune de Blousson-Sérian (Gers), pour être analysés dans le laboratoire de la Compagnie. (*Commission des eaux minérales.*)

III. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements de la Haute-Garonne et d'Eure-et-Loir. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. M. Quetelet, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de Belgique, accuse réception du tome XXII des *Mémoires*, et du tome XXIII du *Bulletin de l'Académie de médecine.*

II. M. Ch. Delacroix, secrétaire archiviste de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, écrit à l'Académie pour l'informer qu'aucune médaille n'a été décernée par la Société à M. Corne, pour son procédé de désinfection. C'est par erreur que M. Henri Bouley, dans son discours, a parlé d'une récompense de ce genre.

III. M. le docteur Benoist adresse à la Compagnie plusieurs rectifications à la note qu'il lui a soumise dans la dernière séance, sur un cas de fracture intra-utérine. (*Renvoi* à M. Depaul, rapporteur.)

IV. M. le docteur Lemaire soumet à l'Académie une note complémentaire sur l'emploi de la teinture alcoolique de saponine unie au coaltar, pour la désinfection des plaies. (*Renvoi* à MM. Larrey, Bouley et Velpeau.)

V. Note sur la désinfection en chirurgie au moyen du coaltar, par M. le docteur Cabanes. (*Commissaires :* MM. Larrey et Velpeau.)

VI. M. le docteur Robert-Uvedale West adresse à l'Académie, pour faire suite à ses précédentes communications, de nouveaux documents relatifs à l'influence de l'ergot du seigle sur la vie du fœtus. (*Commissaires :* MM. P. Dubois, Depaul et Danyau.)

VII. De l'exomphale chez l'enfant nègre, par M. le docteur A. Léotaud. (*Commissaires :* MM. Cruveilhier, Barth et Depaul.)

VIII. Observation de gangrène de la bouche, recueillie par M. le professeur Barallier, deuxième médecin en chef de la marine à Toulon. (*Commissaires :* MM. Huguier, Bouvier et Blache.)

IX. De l'iode comme désinfectant dans la suppuration fétide, sanieuse, etc., etc., par M. le docteur Boinet. (*Commissaires :* MM. Larrey et Velpeau.)

—

RAPPORTS.

M. Larrey, nommé, dans la dernière séance, rapporteur d'une note de M. le docteur Lecœur (de Caen), relative à un mémoire de MM. Batailhé et Guillet, prend la parole pour informer l'Académie que ce mémoire, ainsi que la note, ayant été imprimés, il n'y a pas lieu de faire de ces deux pièces l'objet d'un rapport à l'Académie.

M. Robinet, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes inscrits sous les nos :

3,070, 3,085, 3,114, 3,115, 3,116, 3,121, 3,134, 3,138.

Les conclusions négatives de ces rapports sont successivement mises aux voix et adoptées par l'Académie.

DISCUSSION.

État mental dans la chorée.

M. Bouvier : Messieurs, permettez-moi, en commençant, d'écarter tout d'abord trois petites récriminations de mon excellent collègue, M. le professeur Trousseau.

1° M. Trousseau vous a dit que je l'avais accusé de n'avoir pas lu Bouteille. J'ai eu beau chercher dans mes souvenirs, dans mes notes, dans mon discours imprimé, je n'y ai rien trouvé de pareil. Je suis convaincu, et je l'ai toujours été, que M. Trousseau a dû lire Bouteille avant moi et mieux que moi.

2° Suivant mon honorable ami, je l'aurais *défié* de citer un auteur moderne qui multiplie autant que lui les espèces de *chorées*. Voici mes propres paroles : « Quant à moi, je ne connais pas d'auteur moderne qui, ainsi que M. Trousseau, fasse des *chorées* de telles et telles affections. » Est-ce là un défi? *Je n'en connais pas, moi*, c'est-à-dire que d'autres peuvent en connaître, que M. Trousseau peut en connaître : nous verrons tout à l'heure s'il en connaît.

3° Enfin M. Trousseau a supposé que j'avais attaqué, *par prétérition*, ses opinions sur l'état mental dans la chorée. Mon collègue se fonde sur ce que j'ai déclaré « m'associer purement et simplement *aux éloges et aux critiques contenus dans le rapport de M. Blache.* » Or, il n'est nullement question de M. Trousseau ni de ses opinions dans ces éloges et ces critiques.

Si j'avais à exprimer ma pensée sur le désaccord de M. Trousseau et de M. Blache touchant le plus ou moins de

fréquence des troubles intellectuels dans la chorée, je dirais que ce désaccord est plus apparent que réel. M. Blache affirme que l'intelligence n'est nullement pervertie chez un grand nombre d'enfants choréiques. M. Trousseau, pour donner une idée de la lésion de l'intelligence dans beaucoup de chorées, compare cette lésion à l'affaiblissement des facultés mentales par les progrès de l'âge. Nous approchons, vous a-t-il dit à cette occasion, lui et moi, de cet état d'infériorité relative des facultés intellectuelles. Je suis forcé de convenir que M. Trousseau dit malheureusement vrai. Mais, quand nous en serons là, mon vieux camarade et moi, je vous le demande, aurons-nous pour cela l'esprit malade? Non, sans doute. Or, si tel est, suivant M. Trousseau, l'état de l'intelligence dans une classe nombreuse de choréiques, M. Blache s'éloigne-t-il donc beaucoup de sa manière de voir en soutenant que cet état, dans un grand nombre de cas, ne constitue pas un *dérangement intellectuel* (1)?

Je n'ai pas traité la question de l'état mental dans la chorée, parce que le sujet m'a paru épuisé. Ce n'est pas d'aujourd'hui, on le sait, qu'il a fixé l'attention des pathologistes. Sans remonter à Ewart (1786), à Sauvages (1763), qui en parlent déjà, je rappellerai que, dès 1840, M. Delasiauve s'exprimait presque dans les mêmes termes que M. Trousseau. « Dans la chorée, dit notre honorable confrère, il y a véritablement idiotie dans beaucoup de cas, c'est-à-dire non pas perte de l'intelligence, mais diminution, affaiblissement des facultés intellectuelles, et encore cet affaiblissement est-il borné presque toujours à une hébétude, peut-être même plus apparente que réelle (2). » M. Sée a présenté des considérations analogues, et a de plus insisté, avec Bernt, sur les troubles moraux qui marquent l'invasion de la maladie (3).

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XXIV, p. 1106.

(2) Delasiauve, *Troubles attribués à la vapeur mercurielle*, journal L'EXPÉRIENCE, 1840, t. VI, p. 389.

(3) *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XV.

J'en ai fini avec ces petites querelles quasi-personnelles; j'arrive à des choses un peu plus sérieuses.

M. Trousseau abandonnera volontiers le nom de *danse de Saint-Guy*, pourvu qu'on lui en donne un autre pour l'*espèce* que ce nom représente suivant lui, le mot *chorée* devant désigner le *genre*. De mon côté, je ne tiens pas davantage au nom de *chorée*. Je pense, à cet égard, comme en 1855; je disais alors :

« Quel rapport y a-t-il entre ces phénomènes (ceux de l'ancienne *chorea sancti Viti*) et les mouvements convulsifs, désordonnés, involontaires de notre chorée? Aucun; les deux affections n'ont de commun que le nom. Pourquoi leur laisser cette dernière apparence de similitude, qui expose sans cesse à attribuer à l'une ce qui n'appartient qu'à l'autre? Sans doute, il n'est pas facile de changer le langage reçu... Mais que du moins, *en attendant la bonne fortune d'un nom assez court, assez euphonique pour remplacer le nom de la chorée moderne*, que du moins on la sépare entièrement, dans le cadre nosologique, de l'ancienne *chorea sancti Viti*, etc. (1). »

Ainsi, vous le voyez, ce n'est que faute de mieux que je désire conserver le nom de *chorée*.

Dira-t-on *myotyrbie?* C'est un mot un peu long et d'un sens bien vague.

Dira-t-on, avec Sauvages (2), *scélotyrbe?* Ce serait consacrer une erreur de ce grand nosologiste; car la scélotyrbe de Galien n'est pas la chorée : c'est une sorte de paraplégie.

Maintenant, pourquoi ai-je préféré *chorée* à *danse de Saint-Guy?* Par la même raison que Bouteille; parce que l'absurdité du mot *danse* choque moins dans le latin francisé, et parce qu'on est dispensé d'ajouter les mots *de Saint-Guy*, qui sont un non-sens.

D'ailleurs, quoi qu'en dise M. Trousseau, le nom de *chorée* est aussi bon pour désigner l'*espèce* que pour dénommer le *genre*. Il n'y a là aucune confusion possible, comme le craint

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XX, p. 834.

(2) *Nosologia methodica*, Amsterdam, 1768, in-4, t. I, p. 390.

mon savant collègue. Il suffit d'une épithète pour s'y reconnaître. D'après le compte rendu d'un journal, mon honorable ami se contenterait d'une épithète distinctive. Dans ce cas, nous serions d'accord. Cependant, comme il y a une chorée beaucoup plus commune que les autres, la chorée vulgaire, à laquelle ce nom s'applique plus particulièrement, l'épithète est souvent supprimée sans inconvénient, quand on parle de cette espèce la plus commune. Je sais bien que c'est contre l'avis de M. Trousseau ; mais il sera bien habile s'il fait disparaître l'ellipse du langage des hommes.

Un dernier mot, je vous prie, sur cette question de nomenclature. M. Trousseau paraît croire que le nom de *danse de Saint-Guy* ne s'applique pas habituellement au genre *chorée*, qu'on ne l'entend que de l'*espèce*, c'est-à-dire de la chorée vulgaire. Cela est peu conforme au langage des auteurs. Ces divisions, que M. Trousseau vous a lui-même rappelées, et qui se trouvent dans les ouvrages de Bernt, de Bouteille, de J. Frank, ce sont des divisions de la *danse de Saint-Guy*, de la *chorea sancti Viti*, aussi bien que de la *chorea* tout court ou de la *chorée;* car les auteurs emploient indifféremment toutes ces expressions pour désigner une seule et même chose. Sydenham, à la vérité, n'a appliqué le nom de *chorea sancti Viti* qu'à notre chorée vulgaire ; mais c'est tout simplement parce qu'il n'en connaissait pas d'autre; son *genre* à lui n'avait qu'une *espèce;* les autres sont venues depuis.

Ceci m'amène à répliquer à mon honorable collègue sur la question de nosologie.

Pour prouver la nécessité de procéder par genre et par espèces, mon savant ami vous a rappelé les espèces établies par les nosologistes modernes, et les névroses différentes auxquelles on a appliqué et on applique encore le nom de *chorée*.

Je rappellerai à mon tour qu'à l'exemple de M. Sée (1), j'ai reconnu, moi aussi, un genre *chorée* divisé en deux espèces, qui sont : 1° la chorée vulgaire, gesticulatoire; 2° la chorée

(1) *Loc. cit.*

rhythmique ou anomale. Je ferai seulement remarquer que cette dernière espèce se sous-divise en de nombreuses variétés.

Mais j'ai reproché à mon éminent collègue d'avoir trop multiplié les chorées, d'avoir trop élargi son genre en y rangeant des affections qu'aucun auteur moderne, du moins à ma connaissance, n'avait appelé des *chorées*. Examinons si les faits produits par M. Trousseau répondent suffisamment à ce reproche.

Mon excellent collègue a cité Bouteille, Joseph Frank et Bernt. Il ne s'est pas arrêté à Bouteille, dont il fait peu de cas.

Bernt et Frank ont décrit une *chorea circumrotatoria*, une *chorea rotatoria*, une *chorea circumambulatoria*, une *chorea procursiva seu festinans*, une *chorea saltatoria* (1). N'est-ce pas la preuve, dit M. Trousseau, de l'étendue que les auteurs, même modernes, donnent au genre *chorée* et du grand nombre de névroses qu'ils y font entrer?

Comment mon honorable ami n'a-t-il pas vu que toutes ces espèces de chorées ne sont que des variétés de la chorée rhythmique, qu'elles sont comprises, par conséquent, dans la division que j'ai admise, et qu'elles ne le justifient nullement d'avoir appelé *chorée* la choréomanie hystérique, le tarentisme, le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, la *paralysis agitans*, l'ataxie locomotrice progressive?

M. Trousseau nous a dit, relativement à cette dernière affection, qu'il l'avait vu considérer dans des consultations comme une *chorée particulière*. Cela ne prouverait qu'une chose, c'est que le travail de mon estimable confrère et ami M. le docteur Duchenne (de Boulogne) n'est pas encore assez généralement compris.

En définitive, mon savant collègue ne nous a pas fait connaître d'auteur moderne qui tienne pour des chorées les affec-

(1) Bernt, *Monographia choreæ sancti Viti*, Prague, 1810;—J. Frank, *Praxeos medic. universa præcepta*, Lipsiæ, 1821, part. II, vol. I, sect. 2, p. 241.

tions qu'il regarde comme telles; il n'est pas étonnant que, de mon côté, je n'aie pu en trouver.

Un dernier point me reste à discuter.

A entendre mon éminent collègue, j'aurais eu tort de séparer aussi complétement l'ancienne chorée, la chorée avant Sydenham, de la nouvelle, de la chorée après Sydenham. L'ancienne chorée ne serait pas une pure choréomanie; ce serait un mélange de plusieurs névroses confondues pêle-mêle. Sydenham aurait le mérite d'avoir débrouillé ce chaos, d'en avoir tiré la vraie chorée, celle que nous connaissons sous ce nom. Le peuple, en effet, continue M. Trousseau, ne pouvait faire un diagnostic certain des maladies qui réclamaient l'intercession de saint Guy, et l'on se rendait aux chapelles d'Allemagne pour des paralysies, des hystéries, de vraies chorées, des folies, etc. Un nom commun, celui de *chorea S. Viti*, fut donné à toutes ces affections; il fut inspiré par les danses étranges qu'excitait chez tous ces malades l'invocation du saint.

J'aurais bien voulu m'éclairer aux mêmes sources que mon honorable collègue et rapprendre, sous cette nouvelle forme, l'histoire des chorées du moyen âge. Malheureusement M. Trousseau, sans doute pour ménager vos instants, a mis une telle discrétion dans l'indication des textes où il doit avoir puisé, que je n'ai pas pu remonter à une seule autorité qu'il ait citée. Force m'a été de m'en tenir aux sources connues, et c'est avec des textes qui sont partout que je viens vous présenter à mon tour l'histoire de la chorée du moyen âge, telle qu'il m'a été donné de la comprendre. Vous me pardonnerez, je l'espère, si je n'imite pas la réserve de mon estimable ami et si je vous épargne moins les citations.

Les plus anciens documents sur la *chorea sancti Viti* sont des légendes et des chroniques, dont les récits sont naturellement entachés de la superstition du temps. Ainsi il est d'abord question, au XIe siècle, d'une vingtaine d'individus des deux sexes atteints de manie dansante pour avoir encouru la malédiction d'un prêtre en dansant, et en criant dans un cimetière. Au XIIIe, plus de cent enfants, saisis de la même

fureur, vont en sautant et en dansant d'Erfurt à une lieue de là, à Arnstadt, où ils tombent épuisés de fatigue. A Utrecht, deux cents danseurs, considérés comme des possédés, se démènent sur un pont, et ne se calment qu'au passage du Saint-Sacrement.

Au XIVe siècle, en 1374, et même dès 1373, ces danseurs abondent en Allemagne, en Hollande, en Flandre, en Lorraine. Les récits se multiplient; ils ont permis à M. Hecker de donner une description fort détaillée de cette sorte de danse épidémique. « Des troupes d'hommes et de femmes, dit-il, réunis par un délire commun, offraient au peuple, dans les rues et dans les églises, un étrange spectacle. Se tenant par la main, ils dansaient des heures entières, jusqu'à ce qu'épuisés ils tombassent à terre (1). »

Cet état s'accompagnait de tympanite, d'extase, d'hallucinations; il était souvent précédé ou suivi de convulsions. On l'attribuait au diable, et on le traitait par les exorcismes.

Le nombre de ces pauvres fous était considérable. Rien qu'à Metz, suivant un chroniqueur,

« Dans la ville y eut des dansans,
» Tant grands que petits, onze cents. »

Leur foule se grossit, à la vérité, des vagabonds, des débauchés de l'un et de l'autre sexe; mais ceux-ci n'étaient pas en majorité.

Au commencement du XVe siècle, en 1418, l'Alsace eut son tour; une très ancienne chronique rapporte le fait en six vers allemands, qui commencent ainsi :

Viel hundert fingen zu Strasburg an
Zu tanzen und springen Frau und Mann.

C'est-à-dire :

Strasbourg vit sautans et dansans,
D'hommes et femmes plusieurs cents.

(1) Hecker, *Chorée épidémique du moyen âge*, in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1834, t. XII, p. 312.

Le dernier vers dit que ce fléau était appelé *danse de Saint-Guy* (1).

Comme ceux des siècles précédents, ces insensés dansaient avec fureur dans les rues, sur les places publiques. Les magistrats les firent conduire dans des chapelles voisines dédiées à saint Guy. Là leur frénésie était, dit-on, suspendue par l'influence des cérémonies religieuses.

Je n'ai pas encore fait parler les médecins : c'est qu'en effet, à cette époque, ils gardent un silence presque absolu sur cet état singulier. Et pourtant la *chorea sancti Viti* était déjà tellement connue et redoutée du peuple qu'elle entrait, comme la peste, dans une formule d'imprécation usuelle ; on disait : « Que la danse de Saint-Guy te prenne ! » comme on a dit longtemps : « Que la peste t'étouffe ! » Mais cette affection, attribuée alors à des causes surnaturelles, ne paraissait pas du ressort de la médecine. Ce n'est qu'à dater du XVIe siècle qu'il en est question avec quelque détail dans les écrits de nos devanciers.

Othon Brunsfels, dans son *Onomasticon medicinæ* (1534), Paracelse, sont les premiers qui en traitent. Brunsfels assimile la maladie au corybantiasme ou à la fureur fanatique des anciens corybantes (2). Paracelse ne nous apprend aucun fait

(1) Traduction anglaise de Hecker, *Épidémies du moyen âge*, par Babington, Londres, 1844, p. 92.

(2) Othonis Brunsfelsii, *Onomasticon medicinæ*, Argentorati, 1534, fol., art. CORYBANTES : « Corybantes, dit l'auteur, dicuntur quasi furibundi saltantes. Hujusmodi erant olim Galli sacerdotes matris Deorum..... Mihi videtur morbus fuisse, quo perciti fuerunt, quem hodie vocant S. Viti, Sanct Veits Dantz. Quid enim illi aliud sunt quam Corybantes? dum furiose choreas perpetuas agunt, quanquam sint qui non morbum esse velint, sed imposturam, quæ verberibus et flagellis facile emendatur. Multa nostra ætate sub ejus prætextu morbi patrata sunt mala. » Plusieurs modernes partagent l'opinion rapportée par Brunsfels, et d'après laquelle la danse de Saint-Guy du moyen âge aurait été, non une maladie, mais une dépravation morale. — Voyez, entre autres, Roth, *De la musculation irrésistible*, p. 159 ; — Ehrmann, *Der Veitstanz keine Krankeit*, ou *La danse de Saint-Guy n'est pas une maladie*, Kasan, 1842, ouvrage cité par M. Roth.

nouveau, et il décrit d'une manière tout à fait insuffisante les trois sortes de chorées ou *danses* qu'il établit (ch. *lasciva*, *imaginativa* et *naturalis*). Il est difficile de dire si cette description se rapporte à quelqu'une des calamités publiques que je rappelais tout à l'heure. Paracelse paraît établir plusieurs degrés de la maladie. Parmi ces danseurs, dit-il, les uns sont poussés irrésistiblement à sauter, à crier, à vociférer. D'autres sont seulement forcés de marcher et de rire involontairement. Dans d'autres cas, le mal ne se manifeste que par un rire inextinguible. Le titre du chapitre, *De morbo seu chorea sancti Viti et similibus*, indiquerait que l'auteur n'a pas voulu parler seulement de la danse de Saint-Guy ; et, en effet, il semble la rapporter, au commencement du chapitre, exclusivement à sa *chorea lasciva*, bien que cela soit contredit par la nomenclature qu'il adopte au chapitre du traitement (1).

Je vous fais grâce de Monavius (1576) et de quelques autres, qui n'ont dit qu'un mot de la *chorea sancti Viti*.

Des renseignements plus précis nous sont fournis par Schenck de Grafenberg (1585). Ils s'accordent pleinement avec les relations des chroniqueurs et des historiens. Le langage de Schenck se ressent encore de la vive impression que ce fléau avait laissée dans l'esprit des populations. Il appelle ce mal *rara et horrenda insaniæ species, qua correpti miro saltandi furore agitantur, unde sancti Viti nomen invenit*, une espèce de folie rare, qui fait horreur, dans laquelle on est agité d'une fureur merveilleuse de danser, d'où elle a reçu le nom de *danse de Saint-Guy* (2).

Schenck retrace, d'après la tradition ou les récits des auteurs, ce qui s'était passé du temps de ses pères. C'est toujours le même tableau. Des bandes furieuses, hommes, femmes, enfants, vieillards, couraient de tous côtés, et dansaient à perdre haleine si on ne les arrêtait à temps. Ils y mettaient

(1) Paracelsi *Opera omnia*, Genève, 1658, fol., t. I, *Tractatus de morbis amentium*, p. 568 et 578.

(1) Schenck de Grafenberg, *Observ. médic.*, Francfort, 1600, in-8, t. I, observ. 270, p. 216.

une telle violence qu'on en vit se briser le corps contre les murs, ou se précipiter, sans s'en apercevoir, dans le Rhin et dans les autres rivières qui se trouvaient sur leur passage.

Quelques faits analogues paraissent s'être passés à une époque plus rapprochée de Schenck; il dit, en effet : « Une chose qui semble tenir du prodige, c'est qu'on vit des femmes sur le point d'accoucher se livrer aux mêmes fureurs, avec une bande autour du ventre, sans dommage pour leur enfant; ce qu'on croirait à peine, ajoute-t-il, *si cela n'était confirmé par des exemples plus récents.* »

Schenck donne quelques détails sur le pèlerinage des malades à deux chapelles du Brisgau, consacrées, l'une à saint Jean, l'autre à saint Guy. Il est aisé de voir que ces détails concernent uniquement la manie dansante, et non les autres névroses dont M. Trousseau vous a parlé.

Enfin, ce qui achève bien de montrer l'idée nette que Schenck se faisait de la maladie, c'est un long parallèle qu'il établit entre cette vésanie et l'*enthusiasmos* de plusieurs auteurs grecs, sorte d'extase attribuée à l'inspiration divine, et aussi accompagnée de sauts et d'agitation musculaire.

Dans le même siècle que Schenck, dans le XVIe, Philippe Camerarius, après avoir rappelé, d'après les historiens, la fureur de danse qui, sous le nom de danse de Saint-Guy ou de Saint-Modeste, avait régné en Allemagne au XIVe siècle, raconte que, de son temps, on montrait près de Ravensburg en Souabe, sur une montagne appelée *montagne de Saint-Guy*, un château avec une chapelle où l'on était allé autrefois en pèlerinage. Ici encore, comme dans la relation de Schenck, l'auteur ne parle que de *danseurs*, et nullement d'autres malades, qui seraient allés demander au saint leur guérison.

Félix Plater (1602), autre contemporain de Schenck, comprend comme lui la danse de Saint-Guy, qu'il nomme *saltus Viti*. Il la définit également : *horrendus et admirandus, sed rarus affectus, in quo furore quodam insano saliendi perciti, choreas ducere continuo appetunt*, une affection rare, effroyable, prodigieuse, dans laquelle, poussés par une fureur insensée

de sauter, les malades veulent sans cesse danser (1).

Plater raconte avoir vu à Bâle, dans sa jeunesse, une femme qui dansa ainsi publiquement, presque sans interruption, pendant un mois, quoiqu'elle en eût la plante des pieds toute meurtrie. Le bourgmestre lui avait fait donner des hommes vigoureux pour danser avec elle l'un après l'autre jour et nuit, *qui alternatim, uno fesso, altero succedente, cum ea dies noctesque tripudiarent.* Lorsqu'elle était forcée de s'asseoir pour prendre un peu de nourriture ou de sommeil, *elle agitait encore ses membres comme si elle dansait.* Cette dernière circonstance, également notée par d'autres auteurs, explique peut-être comment on a confondu plus tard cette choréomanie avec notre chorée. Cette femme finit par tomber dans une grande prostration et entra à l'hôpital, où elle guérit (2).

« Quelques Arabes, dit Plater, ont voulu faire de cette maladie une espèce de convulsion ; mais *il n'y a ici aucune convulsion des membres*, il n'y a qu'un esprit dérangé, que des désirs pervertis... à moins, ajoute-t-il, que cette danse extraordinaire ne nous vienne du démon, avec la permission de Dieu, comme châtiment de quelque faute que l'on a commise en dansant (3). »

On le voit, à part cette dernière supposition empruntée aux idées du temps, Félix Plater, qui ne paraît pas avoir connu notre chorée convulsive, ou qui ne l'a pas nettement distinguée, n'en a pas moins posé, en quelque sorte, d'avance le caractère différenciel des deux chorées, trop oublié depuis.

Après le XVIe siècle, la *chorea sancti Viti*, déjà fort rare du temps de Schenck et de Plater, ne se montre plus qu'isolément et à de longs intervalles ; elle a entièrement perdu son caractère en apparence épidémique. Mais nous trouvons dans les écrits des médecins de nouveaux témoignages sur la chorée des siècles précédents.

(1) Fel. Plater, *Praxeos med.*, t. I, livre I, cap. 3, *De mentis alienatione*, Bâle, 1736, in-4, p. 88.

(2) *Loc. cit.*, et *Observationes*, Bâle, 1641, in-12, p. 92.

(3) *Prax. med.*, 1736, p. 89.

Horst ou Horstius (1623), qu'on appelait dans son temps l'*Esculape de l'Allemagne*, n'a parlé qu'incidemment de la danse de Saint-Guy dans sa réponse à Eckoldt, que j'ai déjà citée (1); mais on a donné plus tard une telle importance au peu qu'il en a dit, qu'il ne sera pas inutile de ramener son récit à ses véritables proportions, comme M. Roth a déjà tenté de le faire.

Eckholdt exposait très longuement à Horst un de ces cas de maladies nerveuses convulsives, fort complexes, comme chacun de nous peut en avoir vu. Entre autres symptômes, la malade, enfant de douze ans, éprouva ce que Eckholdt appelle *miserabilis et stupenda insaniæ species*, une sorte de folie dansante et sautante, qu'il rapporte au *saltus sancti Viti* (2).

Horst, dans sa réponse, résumant d'abord l'histoire de la maladie, rappelle qu'elle a présenté dans une de ses phases cette sorte de folie qu'on a coutume de nommer *saltatio sancti Viti;* puis, à la fin de sa longue consultation, il revient sur ce sujet : « C'est quelque chose d'étonnant, dit-il, que ce que vous ajoutez, que ces convulsions ont amené la danse de Saint-Guy, phénomène rare et que peu ont eu occasion d'observer (3). » Suit le fameux récit de Horst : « Je me souviens, poursuit-il, d'avoir causé le printemps dernier, — Horst écrivait en décembre, — avec quelques femmes qui vont tous les ans en pèlerinage, l'une d'elles depuis plus de vingt ans, une autre depuis trente-deux, à une chapelle de Saint-Guy, dans le district d'Ulm. Là, elles dansent jour et nuit, l'esprit égaré, jusqu'à ce qu'elles tombent à terre comme en extase. Revenues à elles, elles sont soulagées pour un an; au mois de mai suivant, tourmentées de nouveau du besoin d'agiter

(1) *Bullet. de l'Acad.*, t. XXIV, p. 1221. — Cette première citation que j'ai faite de Horst n'est pas tout à fait exacte, parce que je n'avais pas le texte sous les yeux ; elle sera rectifiée par ce qui va suivre.

(2) Greg. Horstius, *Observ. medicin.*, Ulm, 1628, in-4, *Epistol. med.*, sect. III, p. 356.

(3) *Loc. cit.*, p. 374.

leurs membres, elles recommencent leurs danses extravagantes (1). »

Horst est moins éloigné que Plater de voir dans ces symptômes bizarres quelque chose de convulsif ; il compare ce qui arrivait à ces femmes excitées par leur imagination et par les sons de l'orgue, dont on jouait en leur faveur, à ce qui arrive aux tarentistes d'Italie ; et, en effet, il est bien reconnu aujourd'hui que la choréomanie de la tarentule, jadis si commune, si rare de nos jours, était fort analogue, dans sa nature et dans ses causes, à la choréomanie de Saint-Guy.

Voilà tout ce que Horst nous apprend. Il est curieux de voir à quel point sa relation a été amplifiée depuis, et tout ce qu'on en a tiré. On y a vu une épidémie de chorée qui aurait sévi du vivant de l'auteur, quoiqu'il n'en existe nulle autre trace. On a vu, dans ces pèlerinages partiels de la chapelle d'Ulm, l'origine du nom de *danse de Saint-Guy :* c'est un singulier anachronisme, puisque ce nom remonte au moins au XIVe siècle, et que l'histoire de Horst ne se retrouve dans aucun document plus ancien. Ouvrez l'ouvrage de Bernt, ce livre dont M. Trousseau fait avec raison tant de cas, vous y trouverez mot pour mot le récit de Horst ; seulement, au lieu de quelques femmes, ce sont les jeunes gens des deux sexes, *juvenes utriusque sexus*, qui faisaient tous les ans le pèlerinage, qui dansaient jusqu'à tomber d'épuisement, etc. (2). Vous avez entendu mon savant collègue lui-même comparer la puissance curative, attribuée à la chapelle d'Ulm, à celle du roi Jacques pour les écrouelles ; M. Trousseau vous a énuméré toutes les sortes de malades qui allaient y chercher leur guérison. Tout cela se réduit à ces quelques femmes de Horst, folles de la danse, et qui en avaient besoin pour leur santé, *si fides adhibenda mulieribus illis*, dit Horst, si l'on doit ajouter foi à leurs paroles.

(1) *Loc. cit.*, p. 374.

(2) Jos. Bernt, *Monographia choreæ sancti Viti*, Prague, 1810, p. 4.

Les seules conséquences que je tirerai de l'article de Horst, c'est qu'au commencement du XVIIe siècle, tout vestige de la *chorea sancti Viti* n'avait pas encore disparu ; c'est que, à l'occasion de la chapelle d'Ulm, comme des autres chapelles dont j'ai parlé, il n'est question, dans les auteurs, que de pèlerins dansomanes ; c'est enfin que Horst, comme Schenck, comme Phil. Camerarius, comme Fél. Plater, appelait *danse de Saint-Guy* une pure choréomanie, qu'il ne confondait pas avec l'affection nommée aujourd'hui *chorée*. Et, en effet, son livre contient un exemple de cette dernière affection, de notre chorée vulgaire, qui lui a été communiqué par Eisenmenger, sous le nom de *tremor singularis*, et Horst se garde bien d'y voir une *chorea sancti Viti* (1).

Une soixantaine d'années nous séparent encore de Sydenham. Il y a beaucoup d'auteurs dans cet intervalle; mais il faut se borner. Je ne vous entretiendrai plus que de Rodolphe Camerarius, Sennert, Willis et Wedel.

Jean Rodolphe Camerarius est, comme Horst, du commencement du XVIIe siècle. Pour écrire son article sur la chorée, il s'est contenté de copier littéralement ce qu'en avaient dit Félix Plater, Horst et Monavius (2) ; il est donc de leur avis.

Sennert est encore un contemporain de Horst. Dans ses *Institutions de médecine*, il place la danse de Saint-Guy à la suite de la mélancolie, de la manie et de l'hydrophobie. C'est, pour lui, « une affection rare, mais effroyable et merveilleuse tout à la fois, qui tire son nom d'un désir continuel et insensé de danser, et du nom du saint auquel la superstition a fait attribuer le pouvoir de guérir ceux qui en sont atteints, *rarus quidem, sed mirandus simulque horrendus affectus, quem a perpetuo et insano quodam saltandi desiderio, sanctique, cujus ope ægros juvari superstitiose creditum est, nomine, S. Viti choream vel saltum appellarunt.* » Sennert s'élève, comme Plater, contre l'opinion de ceux qui veulent que cette

(1) *Loc. cit.*, lib. III, obs. XIV, p. 280.

(2) J. R. Camerarius, *Sylloge medicinæ arcanor.*, Tubingen, 1683, n-8, p. 937.

affection soit une espèce de convulsion. « *Revera*, dit-il, *hîc nulla adest convulsio; verum ratiocinatione ac imaginatione depravata in hunc insanum et perversum saltandi affectum feruntur* (1). » Un autre ouvrage de Sennert, sa *Médecine pratique*, réunit dans un même chapitre le tarentisme et la *chorea sancti Viti*. Après avoir parlé du tarentisme, l'auteur ajoute : « *Malo huic cognatum est aliud, quod chorea et saltus sancti Viti oppellatur. Hoc enim delirii et insaniæ genere qui laborant, dies noctesque saltare gestiunt.* » Il se borne, du reste, à reproduire une partie des faits que nous connaissons déjà, tels que l'observation de Plater, qu'il cite presque textuellement (2). Ailleurs, il différencie cette maladie d'avec l'épilepsie, l'hydrophobie, la manie, la suffocation utérine, etc., et rappelle encore ici son caractère spécial, qu'elle ne partage qu'avec le tarentisme, savoir : un désir continuel et insensé de danser, *perpetuum et insanum saltandi desiderium* (3).

Willis est du même temps que Sydenham ; mais ses écrits sont un peu antérieurs à ceux de l'Hippocrate anglais. Il parle de la danse de Saint-Guy d'après Horst, dont il reproduit la description. Il trouve, comme lui, que cette affection a de l'affinité avec le tarentisme. Il ajoute, à cette occasion, qu'il n'est pas rare de voir des hommes ou des femmes poussés par une inquiétude pénible des membres, et comme par un *œstre*, éprouver un besoin irrésistible de marcher et même de sauter, de courir de tous côtés, afin d'éviter de plus grandes souffrances et des lipothymies, auxquelles ils seraient en proie sans cela (4). Willis donne, dans un autre chapitre,

(1) D. Sennert, *Institutiones medicinæ*, l. I, part. III, sect. 1, cap. 7, et sect. 2, cap. IV ; in *Opera*, Lyon, 1650-1656, in-fol. t. II, p. 395 et 422.

(2) Daniel Sennert, *Opera*, Lyon, 1656, in-fol., t. III et IV ; *Medicina practica*, lib. I, part. II, cap. VII, *De tarentis et chorea S. Viti*, p. 118.

(3) *Ibid.*, lib. VI, part. II, cap. V, p. 994.

(4) Th. Willis, *De morbis convulsivis et scorbuto*, cap. VII ; in *Opera omnia*, Amsterdam, 1682, in-4, p. 43.

deux observations de notre chorée vulgaire, et, de même que Horst, il ne songe nullement à les rapporter à la *chorea sancti Viti* (1).

Wedel, savant professeur à Iena, fit soutenir sous sa présidence, en 1682, par son élève Profius, une thèse sur la chorée. Quelle chorée, demandera-t-on? Veuillez remarquer la date, et vous serez en état de répondre à cette question. 1682! Sydenham n'avait pas encore publié sa *Schedula monitoria* ou *Lettre sur une nouvelle sorte de fièvre*, dont la première édition n'a paru que quatre ans plus tard, en 1686, et dans laquelle il parle pour la première fois de ce qui est devenu notre chorée. Donc la chorée de Wedel est celle de tous les auteurs qui ont précédé Sydenham: c'est la *chorea sancti Viti* du moyen âge; c'est, en un mot, la choréomanie; et ceci, je crois, répond péremptoirement à cette assertion de M. Trousseau, que notre chorée vulgaire a été désignée sous ce nom dès le milieu du XVIIe siècle.

Pour Wedel, la danse de Saint-Guy est, comme pour les médecins que j'ai cités jusqu'ici, un désir insensé et insatiable de danser, *insana et insatiabilis saltandi libido* (2).

Notre auteur traite du tarentisme en même temps que de la chorée; il résume, bien qu'incomplétement, les remarques de ses devanciers sur la choréomanie; il s'attache à bien distinguer cette affection de celles qui lui ressemblent. Il emprunte ici des vues judicieuses à Grubius ou Grube, médecin de Lubeck, auteur d'un *Traité sur la morsure de la tarentule* publié en 1679. Grube, en effet, ayant observé un cas qui appartient à notre chorée vulgaire, insiste, avec Plater, sur la différence qui existe entre cette sorte d'affection convulsive et la *chorea sancti Viti*. « Il y a, dit-il, certaines espèces de convulsions qui revêtent quelques apparences de la danse de Saint-Guy ou du tarentisme, mais qui, en réalité, en diffèrent beaucoup... Dans un cas, les malades sont excités à danser par le trouble de leur raison. Dans l'autre, l'esprit est

(1) *Loc. cit.*, cap. IX, p. 59 et 61.

(2) Wedel ou Profius, *De chorea sancti Viti*, Iena, 1682, p. 5.

sain, et les membres sont seulement agités de mouvements involontaires surprenants, qui simulent grossièrement une espèce de danse (1). »

« Dans ce dernier cas, dit de son côté Wedel, les malades sont si loin de danser qu'ils tremblent bien plutôt, et que, toutes les fois que, par nécessité ou pour se distraire, il leur faut marcher, ils se meuvent avec peine (2). »

Tout cela se disait, s'imprimait à côté de Sydenham, qui ne parut pas même s'en douter.

Ce grand homme a-t-il donc le mérite, comme le veut M. Trousseau, d'avoir débrouillé le chaos des chorées? Ne serait-il pas plus exact de dire qu'il l'a plutôt créé? Voyons encore une fois, je vous prie, ce qui lui revient dans tout ceci.

Sydenham a vu cinq cas de notre chorée vulgaire, ou de cette espèce de convulsion que Willis, que Grube, que Wedel ont, de son vivant, nettement distinguée de la chorée. Il a retracé en moins de vingt lignes les principaux symptômes qui l'ont le plus frappé chez ses cinq malades. C'est ce qu'on est convenu d'appeler l'*admirable description* de Sydenham. Quant à moi, je reconnaîtrai seulement que cette description, tout incomplète qu'elle est, a le mérite d'être la première qui soit basée sur une analyse, même imparfaite, d'un certain nombre de faits.

Mais qu'a fait encore Sydenham? Il fallait une étiquette à ces faits. C'est ici qu'il s'est mépris, tranchons le mot, qu'il s'est trompé grossièrement. Sydenham a donné à une maladie qui n'avait pas de nom le nom d'une affection qui n'avait avec la première qu'une grossière ressemblance. Telle est l'origine de la *chorea sancti Viti Sydenhami*.

M. Trousseau vous a cité à ce sujet le texte latin de quelques paroles de cet auteur que j'avais données en français; je suis loin de m'en plaindre. Je rappellerai, au contraire, ces paroles. Sydenham désigne ainsi la maladie qu'il décrit : « *Quædam convulsionis species quæ chorea sancti Viti vulgo*

(1) Herm. Grube, *De ictu tarentulæ*, Francfort, 1779, in-12, p. 38.
(2) *Ibid.*, p. 23.

appellatur, une certaine espèce de convulsion appelée *communément danse de Saint-Guy* (1). » Appelée *communément, vulgo!* Par qui? Sydenham aurait bien dû le dire; cela nous eût épargné, à M. Trousseau et à moi, la peine de le chercher, et de le chercher en vain. La thèse de Wedel ou de Profius nous donne peut-être la clef de ce *vulgo appellatur*. On y lit, en effet, article *Diagnostic :* « Comme il existe d'autres mouvements ou tremblements qui ont avec la *chorea sancti Viti* une certaine affinité, ou qui sont *vulgairement* considérés comme semblables, *vel* VULGO *reputantur pro iisdem*, il est à propos d'indiquer des signes certains à l'aide desquels on puisse reconnaître infailliblement en quoi et à quel point ces affections diffèrent (2). » Il résulte de ce passage, rapproché de celui que j'ai cité plus haut, qu'en 1682 le *vulgaire* des praticiens commettait quelquefois la faute d'appeler *danse de Saint-Guy* l'espèce de convulsion décrite peu après par Sydenham. L'auteur anglais aura suivi le vulgaire cette fois, lui qui l'a si souvent redressé!

Maintenant, en quoi Sydenham aurait-il débrouillé un chaos? Rien n'était plus clair que l'histoire de l'ancienne danse de Saint-Guy; il n'y avait là rien à débrouiller. Il y avait un chapitre de pathologie à créer, sur notre chorée vulgaire, avec les observations des auteurs ou avec de nouveaux faits. Sydenham a créé ce chapitre avec ses observations propres. Voilà son mérite; je le reconnais, je le proclame. Mais cela n'efface pas son tort d'avoir été si peu au courant de la littérature médicale de son époque et d'avoir détourné un nom de maladie de son acception véritable sous l'influence d'une fausse application de ce nom par des praticiens obscurs.

Ce qui est résulté de cette erreur de Sydenham, vous le savez déjà : c'est une confusion qui s'est prolongée jusqu'à nos jours, une confusion telle que voici un mois que mon bon

(1) Sydenham, *Schedula monitoria*, in *Opera omnia*, Londres, 1844, p. 495.

(2) *Loc. cit.*, p. 23.

ami M. Trousseau et moi, nous ne pouvons venir à bout de nous entendre.

Veut-on une nouvelle preuve des regrettables suites de cette méprise? Je vous ai cité un savant dont le nom est européen, M. Hecker. On lui doit de beaux travaux sur les épidémies du moyen âge, sur la chorée en particulier. Eh bien, son œuvre, si parfaite à tous autres égards, est entachée de cette hypothèse, savoir, que l'ancienne chorée se serait peu à peu transformée; que ses symptômes, en s'affaiblissant par degrés, l'auraient, en quelque sorte, transfigurée, et qu'elle serait ainsi devenue la chorée moderne, la chorée sydenhamienne (1). A cela une réponse suffit : notre chorée actuelle existait de son côté, alors que l'ancienne chorée sévissait du sien. Les faits rassemblés par M. Roth le prouvent surabondamment. Mais M. Hecker a été trompé par ce mot fatal, par cette dénomination identique de deux choses dissemblables, que l'on doit à Sydenham. Avais-je donc tort de l'accuser de nous avoir plongés, à ce point de vue, dans un vrai chaos?

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de poursuivre la série des siècles, d'appuyer sur de nouvelles autorités l'opinion que j'ai émise, et qui a été attaquée par M. Trousseau, sur la nature purement choréomaniaque de l'ancienne danse de Saint-Guy. Cette opinion, qui était celle de Frédéric Hoffmann (2), de Sauvages, dans le siècle dernier, est adoptée, dans le nôtre, par les hommes qui ont le plus approfondi ce sujet. Il me suffira de rappeler que c'est celle de MM. Hecker, Alfr. Maury (3), Sée, Roth, et de tous les aliénistes, de M. Calmeil, par exemple, dont j'ai le livre sous la main (4). Si l'on a admis que l'épilepsie, l'hystérie et d'autres névroses figuraient dans les scènes choréiques du moyen âge,

(1) Hecker, *loc. cit.*

(2) *Opera omnia*, Genève, 1740, fol., t. V, cap. IX, *De diaboli potentia in corpora*, p. 101.

(3) *Du corybantiasme et de son analogie avec la chorée* (*Annales medico-psychologiques*, 1847, t. X, p. 55).

(4) Voy. Calmeil, *De la folie*, Paris, 1845, t. II, p. 159.

ce n'est qu'à titre de complication, de prodromes ou d'effets consécutifs. Ces affections n'ont jamais fourni les traits caractéristiques de la maladie.

— M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par M. le docteur Briquet.

Études médicales sur l'ancienne Rome, par M. le docteur J. Rouyer.

Répertoire des travaux de la Société de statistique de Marseille. — Tome XX.

Bulletins de l'Académie royale des sciences, lettres et des beaux-arts de Belgique. 29e année.

Mémoires couronnés publiés par l'Académie royale des sciences de Belgique. — Tome VIII.

Tables générales et analytiques du Recueil des Bulletins de l'Académie royale des sciences de Belgique. 1re série, t. I à XXIII. 1858.

Annuaire de l'Académie des sciences de Belgique, 1859.

Mémoires couronnés et mémoires des savants étrangers, publiés par l'Académie royale des sciences de Belgique, tome XXIX, 1856-1858.

Mémoires de l'Académie royale des sciences de Belgique, t. XXXI.

Table de mortalité pour le Brabant, d'après les documents du recensement de 1856, par M. Ad. Quetelet, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de Belgique.

Sur la constance dans le nombre des mariages et sur la statistique morale en général, par le même.

Sur les travaux de l'ancienne Académie de Bruxelles, par le même auteur.

Bulletin général de thérapeutique, 15 septembre.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 15 septembre.

Traité des maladies charbonneuses, par M. le docteur J. Raimbert.

Travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Gironde. Tome V.

Beiträge zur Heilkunde. Riga, tome IV, livraison 2.

Journal de médecine de Bordeaux. Septembre.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 2e série, t. II, n. 10 et 11.

La Revue thérapeutique du Midi, 15 septembre.

La Revue médicale française et étrangère, 15 septembre.

Répertoire de pharmacie. Septembre.

Journal du progrès des sciences médicales, n. 7.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 37.

L'Abeille médicale, n. 38.

Clinique européenne, n. 38.

La France médicale et pharmaceutique, n. 38.

Gazette médicale de Paris, n. 38.

Rapport sur les travaux de la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève, de juillet 1858 à juin 1859, par M. le professeur Aug. de La Rive.

L'Union médicale, n. 109 à 111.

Gazette des hôpitaux, n. 108 à 110.

Le Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques, n. 11 à 13.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 11.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1859.

—

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

I. Un rapport de M. Bodélio sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Lorient. — Un numéro du Bulletin du conseil central d'hygiène publique des Hautes-Alpes, dans lequel se trouve un rapport de M. le docteur Michel sur une épidémie variolique qui a régné à Gap. (*Commission des épidémies.*)

II. La recette et l'échantillon d'un prétendu spécifique des maux d'yeux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

III. Les tableaux des vaccinations qui ont été pratiquées dans les départements du Doubs et du Bas-Rhin en 1858. (*Commission de vaccine.*)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

I. De la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire, par M. le docteur Boulu. (*Commissaires :* MM. J. Cloquet et Laugier.)

II. Nouvelle Note sur le traitement de l'angine couenneuse par les insufflations et les instillations de tannin pur, alternant avec les instillations et insufflations d'alun, etc., par M. Loiseau. (*Commissaires :* MM. Blache et Trousseau.)

—

LECTURES.

M. Guérard, au nom de la Commission des eaux minérales, donne lecture de quelques fragments du rapport de la commission sur les travaux qui lui ont été transmis pendant l'année 1858.

—

OUVRAGES OFFERTS A L'ACADÉMIE.

Mémoire sur la glycérine et ses applications à la chirurgie et à la médecine, par M. le docteur Demarquay.

Bulletino delle scienze mediche, publié par la Société médico-chirurgicale de Bologne. Août.

Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques, n. 35.

Journal du progrès des sciences médicales, n. 8.

L'Hydrothérapie, 2e fascicule.

La Clinique européenne, n. 39.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. VI, n. 38.

L'Abeille médicale, n. 39.

Gazette médicale de Strasbourg, n. 9.

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, n. 6.

La France médicale et pharmaceutique, n. 39.

Gazette médicale de Paris, n. 39.

L'Union médicale, n. 112 à 114.

Gazette des hôpitaux, n. 111 à 113.

Le Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques, n. 14 à 16.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, t. XLIX, n. 13.

FIN DU TOME VINGT-QUATRIÈME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES AUTEURS.

AFFRE. Prolapsus utérin, 623.
ALIBERT. Eaux minérales d'Ussat, 444.
ALLARD. Eaux minérales, 1044.
ANSELMIER. Rétrécissements du vagin, 285; corps étrangers, 1228.
ANTELLET. Épidémie de suette, 283.
AUBERGIER. Opiums orientaux, 850.
AUBRUN. Perchlorure de fer, 666.
AUPHAN. Eaux minérales, 922.
AUZIAS-TURENNE. Contagion de la syphilis, 39.

BAILLARGER. Gangrène de cerveau, 206; sur le névrosisme, 543.
BAILLY. Eaux de Bains, 881.
BAIZEAU. Héméralopie épidémique, 32.
BARRERA. Épidémie de fièvre bilieuse, 444.
BARRIÉ. Eaux de Bagnères-de-Luchon, 725.
BARAILLER. Épidémie de typhus, 857. — Gangrène de la bouche, 1271.
BARTH. Sur le tubage de la glotte et la trachéotomie, 385.
BARTHEZ. Croup.
BASSET. Eaux de Saint-Nectaire, 289.
BEAU. Sur le névrosisme, 568.
BECQUEREL. Phlegmasies chroniques de l'utérus, 1110.
BÉHIER. Injections sous-cutanées médicamenteuses, 1097.
BENOIST. Appareil électro-médical, 1193; fracture intra-utérine, 1256, 1271.
BERNIER. Épidémies d'angine, de variole, de dysentérie, 289.
BERTHÉ. Titrage de l'opium, 209, 541.
BERTHERAND. Son élection comme correspondant, 1072.
BERTIN. Eaux de Foncaude, 798.
BLACHE. Rapport sur l'état mental dans la chorée, 1076. — Rapport sur le coton hémostatique, 851.
BLANDET. Métropompe, 1228.
BLONDLOT. Solubilité de l'acide arsénieux, 923.
BOCAMY. Angine couenneuse, 348.
BODELIO. Épidémie de fièvre typhoïde, 1293.
BOINET. Alimentation iodée, 40; iode comme désinfectant, 1271.
BOLUT. Épidémie 923.
BONNAFONT. Expériences faites aux Invalides sur la poudre au coaltar, 1250, 1264.
BONNANS. Eaux minérales, 1224.
BONNEFON. Dysentérie, 348.
BOUCHARDAT. Sur le lait médicamenteux, 809.
BOUCHUT. Tubage de la glotte, 99. — Du nervosisme et de l'état nerveux, 467. — Ulcération de la langue dans la coqueluche, 994.
BOUDET. Rapports sur les eaux minérales, 1111. sur les eaux de Saint-Alban, 609; sur le dosage de l'acide cyanhydrique, 451; sur le pyrophosphate de

fer ; 27 ; sur le lait médicamenteux, 799.
BOUILLAUD. Rapport sur le traitement de la goutte et du rhumatisme, 1025 ; sur les doctrines médicales, 1156, 1196 ; sur le névrosisme, 501 ; sur le tubage de la glotte et la trachéotomie, 240.
BOUISSON. Son élection comme membre associé national, 592.
BOULEY. Rapport sur le lait médicamenteux, 746, 809, 1259. — Sur le coaltar, 1134, 1266.
BOULU. Electricité dans les affections oculaires, 1293.
BOURDIN. Épidémie de fièvre typhoïde, 1254.
BOURLIER. Titrage de l'opium, 237.
BOURGUET. Gangrène spontanée, 211.
BOUVIER. Sur la chorée, 1213, 1272 ; sur le tubage de la glotte et la trachéotomie, 135, 186, 392.
BRIAU. La médecine chez les Indiens, 50.
BRIGANDAT. Épidémie de rougeole et de scarlatine, 666.
BROUILLET. Intoxication paludéenne, 744.
BRUMENT. Iodures d'antimoine, 1203.
BRUN-SÉCHAUD. Régénération des os, 88.
BUIGNET. Analyse d'un liquide laiteux, 40. — Dosage de l'acide cyanhydrique, 451.
BUISSON. Fièvre puerpérale, 283.
BURQ. Métallothérapie, 1110. — Dynamomètre, 1204.

CABANES. Coaltar, 1271.
CABROL. Eaux de Bourbonne, 284.
CAILLAT. Eaux de Bourbon-l'Archambault, 881.
CAILLEUX. Relation d'épidémie, 422.
CAMBAY. Perchlorure de fer comme désinfectant, 1228.
CAMPMAS. Rapport sur Amélie-les-Bains, 19.
CAP. Envoi d'un manuscrit de Rouelle, 499.
CASTELNAU (de). Sur l'interdiction des aliénés, 1097, 1204.
CAUSARD. Épidémie de variole, 283, 881.
CAZAINTRE. Eaux de Rennes-les-Bains, 284, 541.
CAZENAVE. Allongement du col utérin, 666.
CHABANON. Relation d'épidémie, 1093.
CHAPELAIN. Eaux de Luxeuil, 1145.
CHARMASSON. Eaux de Saint-Sauveur, 1145.
CHARRIÈRE. Sonde de femme, 857 ; fluiduc, 883.
CHATIN. Rapport sur la transmission du muguet, 290 ; sur le lait médicamenteux, 808.
CHÉLY. Bains de mer de Calais, 1092.
CHEVALIER. Rapport sur l'eau d'Hamman-Mélouan, 461.
CHEVANCE. Relation d'épidémie, 293.
CHRESTIEN. Seigle ergoté dans l'accouchement, 904.
CIVIALE. Maladies des voies urinaires, 89.
CLOQUET. Sur le tubage de la glotte et la trachéotomie, 153.
COINDET. Héméralopie, 39.
COLLAS. Relation d'épidémie, 1131.
COLLONGUES. Dynamoscopie, 461.
COLSON. Épidémie de fièvre typhoïde, 1270.
COMBES. Affections utérines, 1100.
CORNE ET DEMEAUX. Mélange de plâtre et de coaltar, comme moyen désinfectant, 1132, et suiv. 1270.
CRESPY. Épidémie de gastro-encéphalite, 1254.

CRESSANT. Épidémie de fièvre typhoïde, 591.
CRIE. Relation d'épidémie, 1227.
CRUVEILHIER. Discours comme président de l'Académie, 308.

DACOSTA. Résection du maxillaire supérieur, 591, 1228.
DANVIN. Épidémie de scarlatine, 725.
DANYAU. Rapport sur l'action du seigle ergoté, 461, 893, 904.
DANSOU. Épidémie de rougeole, 881.
DAYOT. Relation d'épidémie, 1096.
DEBOUT. Anévrysme guéri par le perchlorure de fer, 911.
DEHÉE. Relation d'épidémie, 554.
DEHOEY. Relation d'épidémie, 923.
DELABARRE. Anesthésie, 623.
DELACROIX. Sur le coaltar, 1270.
DELAFOND. Sur le tubage de la glotte et la trachéotomie, 350.
DELATTRE. Huiles de foies de raie, de morue, de squale, 818.
DEMARQUETTE. Maladies des mineurs, 133.
DEMEAUX. Voy. CORNE.
DENONVILLIERS. Son élection, 726.
DENIS. Son élection comme associé national, 1191.
DEPAUL. Allongement hypertrophique de l'utérus, 672.
DESFOSSÉS. Épidémie de fièvre intermittente et de fièvre typhoïde, 744.
DESPORTES. Recherches sur la nutrition, 473.
DEVERGIE. Folie transitoire, 271, 566; — rapport sur les huiles de foies de raie, de morue et de squale, 818; — rapport sur l'inapplicabilité de l'art. 378 du C. P. à la description d'une maladie non encore décrite, 930.
DEVILLE. Relation d'épidémie, 923.
DEVILLE. Action du seigle ergoté dans la parturition, 461, 893; mortalité des nouveau-nés, 997.
DEVILLIERS. Allongement du col utérin, 666.
DIEULAFOY. Anévrysme guéri par le perchlorure de fer, 911.
DIMBARRE. Eaux de Cauterets, 391.
DONNARIEIX. Bain arsenical contre la gale, 555; clavelée, 134,
DOURIF. Emphysème typhoïde, 1256.
DUBEST. Porte-caustique, 144.
DUBOIS. Éloge de Gueneau de Mussy, 283. — Publication des Éloges académiques de Louis, 850.
DUBOURG. Hémacélinose, purpura, 598.
DUCHENNE (de Boulogne). Ataxie locomotrice progressive, 210.
DUFOUR (L.). Son élection comme associé national, 858.
DUMÉRIL. Rapport sur un aimant (serpentine) contre les venins, 145.
DUMESNIL. Lait médicamenteux, 818, 657, 1229.
DUSOUIL. Relation d'épidémie, 1109.
DUTROULAU. Bains de mer de Dieppe, 591.

FABAS. Eaux minérales, 922.
FAIVRE. Épidémie de fièvre typhoïde, 554.
FAURE. Inhalation du chloroforme par une seule narine, 1075.
FAVROT. Sécateur, 445.
FERRUS. Sur le coaltar comme désinfectant, 1147.
FINAZ. Eaux minérales, 922.
FOLLET. Poudre désinfectante, 1212.
FONSSAGRIVES. Anesthésie galvanique, 238. — Gynécomastie, 40.
FOUCART. Eaux de Bilazais, 1131.

FOUQUET. Épidémie de fièvre typhoïde, 540.
FOURNIER. Composition chimique et emploi médical des mollusques, 440.
FOURNIER (E). Rétrécissements de l'urèthre, 882.

GARNIER. Influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire, 290.
GAULTIER DE CLAUBRY. Analyse des eaux minérales, 1016.
GAY. Eaux de Saint-Alban, 1131.
GEORGE. Anesthésie galvanique, 89.
GENDRON. Cystocèle vaginale et calculs vésicaux, 47.
GEMEYS. Eaux d'Amélie-les-Bains, 1145.
GERVAIS et VAN BENEDEN. Publications d'une Zoologie médicale, 40.
GIBERT. Rapport sur l'état nerveux et le nervosisme, 467, 584. — Rapport sur la contagion des accidents secondaires de la syphilis, 883, 938. — Rapport sur les doctrines médicales, 1117, 1193, 1201. — Sur le coaltar, 1133.
GILLET. Ophthalmoscope, 1096.
GIRARD. Traitement de l'entorse par le massage, 135.
GIRAULT. Appareil pour la trachéotomie, 212.
GLENARD. Dosage de la quinine, 176.
GOBLEY. Principe odorant de la vanille, 144.
GOYRAND. Eaux d'Aix. 849.
GUENEAU DE MUSSY (Eloge de), 282.
GUERARD. Rapport sur les eaux minérales, 1294.
GUERIN - MÉNEVILLE. Maladie de la vigne, 349.
GUILLEMOND. Relation d'épidémie, 1131.
GUILLIERMOND. Dosage de la quinine, 176.
GUYOT. Anesthésie cutanée, 392.

HAMON. Alun désinfectant, 1204.
HANDVOGEL. Lait médicamenteux, 1255.
HENRY (O.). Rapport sur les eaux minérales de Camoëns, 1112; — Casteljaloux, 12; — Chateldon, 564; — Coudes, 861; — — Encausse, 558: — Labetz-Biscaye, 1115; — Oriol, 858; de Saint-Louboner, 34; — de Scay, 1116; — de Vals, 559; de Villeminfroy, 556.
HERSCHEL. Alimentation des nouveau-nés, 348, 629.
HOURSELLE. Vaccination, 238.
HUGUIER. Mémoire sur l'allongement du col utérin, 592, 727. — Sur l'anus artificiel, 445, 450.
HULLIN (P.). Relation d'épidémie, 1109. — Vaccinations, 1255.

JACQUEZ. Emploi des médicaments par les fosses nasales, 176. — Coton hémostatique, 285, 851.
JACQUOT. Épidémie de typhus, 848. — Péritonite grave, 882.
JARDON. Bain de mer de Boulogne, 1092.
JAUBERT. Eaux minérales de Gréoulx, 1192.

KERGARADEC (De). Rapport sur un stéthoscope, 1148.

LABOURDETTE. Lait médicamenteux, 746, 849, 1075.
LACROIX. Fébrifuge indigène, 628.
LALAGADE. Virus vaccin, 133.
LALLUYEAUX D'ORMAY. Hydatide de la vessie, 237.
LAMOTTE. Épidémie de scarlatine, 725.
LANDOUZY. Des lésions intesti-

nales dans le typhus, 1093. — Relation d'épidémie, 1092.
LAPEYRE. Relation d'épidémie, 1131.
LAROCHE. Relation d'épidémie, 1254.
LARREY. Extirpation de la parotide, 86. — Sur le coaltar, 1267.
LAUGIER. Sur l'anus artificiel, 450.
LEBERT. Nouveau traitement de l'entorse, 745.
LEBEUF. Coaltar et saponine, 1228, 1271.
LECOEUR. Alcooliques en chirurgie, 1256, 1271.
LECALVÉ. Traitement de la goutte et du rhumatisme, 1025.
LECONTE. Gaz injectés dans les tissus, 1016.
LEFÈVRE. Pustule maligne du gros orteil, 628.
LEFORT. Analyse de l'eau de Saint-Alban, 609.
LÉGER. Eaux de Salins, 725.
LEGRAND. Hématurie, 858.
LEMAIRE. Épidémies d'angine couenneuse, 143, 283, 289. — Coaltar et saponine, 1228, 1271.
LEMOINE. Épidémie de fièvre typhoïde, 391.
LENTZ. Appareil électro-médical, 176.
LÉOTAUD. Exomphalie, 1271.
LERAS. Pyrophosphate de fer, 27.
LEROY (d'Étiolles). De l'extraction des corps étrangers de la vessie, 666.
LETELLIER. Accidents cérébraux, 88.
LIÉGEY. Affection croupale, 237.
LIÉTARD. Médecine chez les Indous, 850.
LIMOUSIN. Angine couenneuse, 445.
LOISEAU. Corps étranger des voies aériennes, 176. — Angine couenneuse, 1293.
LONDE. Rapport sur la ventilation, 436.
LOUBIER. Eaux de Propiac, 856.
LUSCHKA. Des hémi-diarthroses du corps humain, 599.

MADIN. Épidémie d'angine, 143.
MAIRE. Circulation nerveuse, 923.
MALGAIGNE. Rapport sur l'arthrite rhumatismale chronique, 1045. — Rapport sur l'extirpation de la parotide, 60. — Sur le tubage de la glotte et la trachéotomie, 153, 238, 309. — Modification à la trachéotomie, 1146.
MALAPERT. Empoisonnement par le phosphore, 1132.
MANDET. Mémoire sur la scillitine, 857.
MARBOTIN. Eaux minérales, 922.
MARCADÉ. Relation d'épidémie, 1093.
MARC-D'ESPINE. Statistique mortuaire, 212. — Épidémie de variole, 883.
MARCÉ. État mental dans la chorée, 741, 1076.
MARCHAND. Recherches sur le lait, 541.
MARIÉ-DAVY. Appareil électro-médical, 1204.
MARTIN-DUCLAUX. Relation d'épidémie, 598
MARTINS. Son élection comme correspondant, 629.
MATHIEU. Seringue pour les injections sous-cutanées, 1146. — Appareil néphogène, 849, 857.
MATHIEU (de la Drôme). Appareil néphogène, 857.
MATTEI. Léniceps, 388.
MAURIN. Épidémie de fièvre typhoïde, 540.
MAZADE. Eaux de Nérac, 818.
MESCHINET. Relation d'épidémie, 1109.
MIALET. Relation d'épidémie, 1044.
MICHEL. Épidémie de variole, 1293.
MICHEL LÉVY. Mort de M. Bégin,

745. — Rapport sur les candidatures, 1132.
MILLON. Guy de chêne, rhus toxicodendron, 88. — Relation d'épidémie, 923.
MIOLET. Épidémie de rougeole, 1212.
MOQUIN-TANDON. Rapport sur la composition et l'emploi médical des mollusques, 440.
MONTUS. Préparation de la diastase, 541.
MOREAU. Sur l'allongement hypertrophique de l'utérus, 794.
MORINEAU. Empoisonnement par le phosphore, 1132.
MOUTARD-MARTIN. Sulfate de cinchonine, 1074.

NETTER. Héméralopie, 89.
NICAISE. Épidémie de fièvre typhoïde, 348.
NIEPCE. Eaux d'Allevard, 284.
NIVET. Eaux de Royat. 422. 1145.
NOIROT. Épidémie de fièvre typhoïde, 856.

OURGAUD. Relation d'épidémie, 460.

PAGÈS. Nephrite albumineuse, 798.
PAILLON. Papiers arsenicaux, 798.
PALANCHON. Relation d'épidémie, 1145.
PARISE. Résection du maxillaire, 795.
PÉBAQUÉ. Crochet pour l'extraction de la dent de sagesse, 144.
PEIXOTO. Hydrocèle à double sac, 541.
PÉRIER. Iodures d'antimoine, 1203.
PERROCHAUD. Épidémie de rougeole, 1.
PETIT. Ventilation, 436, 540.
PÉTREQUIN. Nouveau traitement de l'hydrocèle, 391. — Paralysie de la vessie, 923. — Ponction de la vessie, 613.
PICARD. Prolapsus utérin, 1096.
PIGLOWSKI. Rapport sur les eaux du Vernet, 1024.
PIORRY. De la thérapeutique, 853, 997. — Sur la chorée, 1124, 1263. — Sur le névrosisme, 532. — Sur le tubage de la glotte, et la trachéotomie, 147.
PITTA. Nouveau stéthoscope, 1097, 1148.
PIZE. Perchlorure de fer dans le purpura, 818.
PLISSAUD. Épidémie de diphthérite, 283.
POGGIALE. Rapport sur l'empoisonnement par le phosphore, 1229.
POISEUILLE. Rapport sur un oreiller hygiénique, 499.
PRÉTERRE. Anesthésie galvanique pour l'avulsion des dents, 2, 31.
PRÉVOST. Relations d'épidémies, 666, 1015.
PRIVAT. Eaux de Lamalou, 725.
PUTÉGNAT. Gingivite des tailleurs de cristal, 997.

RACIBORSKI. Plique, 549.
RAPHAEL. Angine couenneuse, 39.
REGNAULT. Eaux minérales, 1024.
RENAULT. Sur le coaltar, 1132.
RENOUARD. Doctrines médicales, 929, 1117.
RÉROLLE. Eaux de Bourbon-Lancy, 849.
REVEIL. Sur l'infection des eaux, 1016. — Empoisonnement par le phosphore, 1229.
REVILLON. Eaux du Croisic, 849.
REYNAL. Maladie parasitaire transmissible, 1025.
RICORD. Sur la transmission des accidents secondaires de la syphilis, 931, 939.
RIGAULT. Poudre désinfectante, 1212.
RILLIET. Iodisme constitutionnel,

349. — Intoxication par l'iode, 23, 88.
RIZET. Iode comme emménagogue, 1132. — Suites du scorbut, 422.
ROBERT (A.). Anesthésie galvanique, 20. — Appareils à fractures, 9. — Extirpation de la parotide, 82, 85. — Rapport sur l'anus artificiel, 423, 448.
ROBERT ADAMS. Arthrite rhumatismale chronique, 1045.
ROBERT UVEDALE WEST. Seigle ergoté, 1075, 1099, 1193, 1271.
ROBIN (Ch.). Anatomie pathologique de la cataracte, 843. — Rapport sur la cirrhose, 943. — Tumeur fibreuse des follicules dentaires, 1205. — Des hemidarthroses du corps humain, 599.
ROBINET. Rapport sur une demande de copie de rapport, 392. — Sur le coaltar, 1136, 1267.
ROCHARD. Anus artificiel, 423, 499.
ROGER. Ulcérations de la trachée, 668.
ROUAULT. Sulfate de cuivre dans les ophthalmies, 238. — Appareil herniaire, 666.
ROUELLE (manuscrit de). 499.
ROUX (J.). Appareil à fractures et à compression, 3, 11.
ROZIER. Relation d'épidémie, 348.
RUFZ. Maladies de peau à la Martinique, 1051.
RULIÉ. Empoisonnement par l'eau sédative, 89.
RUMKORFF. Appareil électro-médical, 1146, 1213.

SALES-GIRONS. Pulvérisateur de l'eau, 350, 857. — Rapport sur les eaux de Pierrefonds, 1109.
SAPPEY. Anatomie pathologique de la cirrhose, 596, 943.
SAUNOIS. Épidémie de rougeole, 856.
SAUZÈDE. Traitement du choléra par le sulfate de magnésie, 289.
SECOURGEON. Rapport sur Amélie-les-Bains, 19.
SERRE (d'Alais). De la fièvre puerpérale, 811.
SIBILLE. Eaux minérales, 922.
SIMIAN. Relation d'épidémie, 1192.
SIMONET. Respirateur artificiel, 30.
SIRUS-PIRONDI. Transmission du muguet, 290.
SOLARI. Circulation artérielle, 2.
SPIRAL. Épidémie de fièvre typhoïde, 848.
STOCH. Épidémie de fièvre typhoïde, 744.

TARDIEU. Son élection, 1097.
TELLIER. Eaux de Bourbon-Lancy, 856.
TIRMAN. Appareil néphogène, 849.
TROUSSEAU. Rapport sur la trachéotomie et le tubage de la glotte, 99, 137, 214. — Sur la chorée, 1100, 1259. — Sur le lait médicamenteux, 805.
TRUDEAU. Gangrène spontanée, 2. — Traitement de la syphilis des nouveau-nés par la méthode indirecte, 818.

VALAT. Cancer des dents, 622.
VAN BENEDEN, et P. Gervais, zoologie médicale, 40.
VAUTIER. Grande chélidoine, 1110.
VELPEAU. Communication sur le traitement du cancer, institué par le sieur Vriès, 629. — Sur l'anus artificiel, 447, 449. — Sur le coaltar, 1135. — Sur la contagion des accidents secondaires de la syphilis, 941.
VERNEUIL. Étiologie des fistules, 203. — Ligature des artères de la jambe, 1110.
VERNOIS. Mémoire sur les accidents produits par l'emploi des

verts arsenicaux chez les ouvriers fleuristes, 853.
VOISIN. Analyse de l'entendement humain, 1213.
VRIÈS. Communication sur son mode de traitement du cancer, 629.
WANNER. Circulation du sang, 317.
WINDRIF. Morve aiguë chez l'homme, 308.
YVAREN. Relation d'épidémie, 1145.
YVONNEAU. Épidémies de dysentérie, 133, 283.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES.

ACIDE arsénieux (solubilité de l'), 923. — cyanhydrique (dosage de l'), 451.
AIMANT contre les venins, 145.
ALCOOLIQUES en chirurgie, 1256, 1271.
ALIMENTATION iodée, 40.
ALIÉNÉS (interdiction des), 1097, 1204.
ALLONGEMENT hypertrophique du col utérin, 592, 666. — Discussion : M. Depaul, 672 ; M. Huguier, 727, 771 ; M. Moreau, 794.
ALUN comme désinfectant, 1204.
ANESTHÉSIE, 623. — cutanée, 392. galvanique, 2, 20, 31, 89, 177, 238.
ANÉVRYSME guéri par le perchlorure de fer, 911.
ANUS artificiel. Rapport, 423. — Discussion, 428 : M. Huguier, 445, 450 ; M. Velpeau, 450 ; M. Robert, 448 ; M. Laugier, 450.
APPAREIL à fractures, 3, 31. — électro-médical, 176, 1146, 1193, 1204, 1213. — herniaire, 666. — néphogène, 849, 857.
ARSENICAUX (verts), 853.
ARTHRITE rhumatismale chronique, 1045.
ARTICULATION des sons, 795.
ATAXIE locomotrice progressive, 210.

CALCULS vésicaux, 47.
CANCER des dents, 622. — (traitement du), par le sieur Vriès, communication de M. Velpeau, 629.
CANDIDATURES à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique : MM. Barthez, 598 ; Denonvilliers, 555 ; Gueneau de Mussy (N.), 555 ; Hardy, 555 ; Menière, 555 ; Roger (H.), 499. — à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale : MM. Becquerel, 857 ; Boudin, 996 ; Bouchut, 817 ; Deville, 799 ; Duchesne, 817 ; Grassi, 817, 996 ; Reveil, 857 ; Tardieu, 799 ; Vernois, 817. — au titre de membres correspon-

dants : MM. Adamowicz, 134 ; Aguillon, 628 ; Barailler, 461 ; Bernard (Cam.), 290 ; Bourgeois, 211 ; Carron du Villards, 1228 ; Courty, 929 ; Delioux, 20 ; Dugas, 541 ; Lereboullet, 726 ; Liégard, 444 ; Macario, 726 ; Martins, 89 ; Mascarel, 285, 290 ; Max-Simon, 499 ; Neucourt, 622 ; Parise, 622 ; Piedvache, 31 ; Pitta, 1213 ; Reybard, 39 ; Rochard, 2 ; Ruyer, 666.

CATARACTE (anatomie pathologique de la), 843.

CHLOROFORME (inhalation du) par une seule narine, 1075.

CHOLÉRA. Son traitement par le sulfate de magnésie, 289.

CHORÉE (état mental dans la), 741. — Rapport, 1076. — Discussion : M. Trousseau, 1100, 1259 ; M. Piorry, 1124, 1263 ; M. Bouvier, 1213, 1272.

CINCHONINE (sulfate de) dans le traitement des fièvres intermittentes, 1074.

CIRCULATION artérielle, 2. — du sang, 817. — nerveuse, 923.

CIRRHOSE, 596, 943.

CLAVELÉE, 134.

COALTAR mélangé avec le plâtre comme désinfectant, 1132. — MM. Bonnafont, 1264 ; Bouley, 1134 ; Ferrus, 1147 ; Gibert, 1133 ; Lemaire et Lebœuf, 1228, 1271 ; Renault, 1132 ; Robinet, 1136 ; Velpeau, 1135 ; Delacroix, 1270 ; Cabanes, 1271.

COMPRESSEUR (appareil), 3.

CONTAGION des accidents secondaires de la syphilis (voy. SYPHILIS).

COQUELUCHE (ulcérations de la langue dans la), 994.

CORPS ÉTRANGERS (extraction des), 1228. — de la vessie, 666. — des voies aériennes, 176.

COTON hémostatique, 285, 851.

CROUP (mortalité dans le), 144, 176, 238, 290, 391. Voy. TRACHÉOTOMIE.

CYCLOPE, 460.

CYSTOCÈLE vaginale, 47, 1096.

DENTAIRE (tumeur fibreuse du (crofollicule), 1205.

DENTS (cancer des), 622. — Emploi de l'électricité pour leur extraction, 20. — (crochet pour l'extraction des), 144.

DÉSINFECTANTE (poudre), 1212. Voy. COALTAR.

DIASTASE (préparation de la), 591.

DIPHTHÉRITE, 666.

DOCTRINES médicales, 929, 1117. — Discussion : M. Bouillaud, 1156, 1196 ; M. Gibert, 1193, 1201.

DYNAMOMÈTRE, 1204.

DYNAMOSCOPIE, 461.

EAU sédative (Empoisonnement par l'), 89.

EAUX minérales d'Aix, 849. — d'Allevard, 284. — d'Amélie-les-Bains, 19, 1145. — d'Audinac, 444. — de Bagnères-de-Luchon, 133, 725. — de Bains, 811. — de Bilazais, 1131. — de Boulogne, 1192. — de Bourbon-Lancy, 849, 856. — de Bourbon-l'Archambault, 811, 1024. — de Bourbonne-les-Bains, 284. — de Calais, 192. — de Casteljaloux, 12. — de Cauterets, 391. — de Charbonnières, 922. — de Châteldon, 19, 564. — de Cornillon, 176. — du Croisic, 849. — de Coudes, 861. — de Dieppe, 591. — de Dunkerque, 922. — d'Encausse, 133. — d'Euzet, 922. — de Foncaude, 798. — de Gers, 1024. — de Gréoulx, 1192. — d'Hamman-Mélouan, 284, 461. — de la Bourboule, 1044. — de Lamalou, 725. — de la Motte, 822. — de Landes, 996. — de Luxeuil, 1145. — de Nérac, 818. — d'Oriol, 858. — de

Pierrefonds, 1109. — de Plombières, 922. — de Propiac, 856. — de Rennes, 284. — de Royat, 422, 1145; — de Saint-Alban, 1131. — de Saint-Amand, 922. —de Saint-Honoré, 1044. — de Saint-Jean-de-Ceyrargues, 922. — de Saint-Loubouer, 34. — de Sainte-Marie-de-Cusset, 176. — de Saint-Nectaire, 289. — de Saint-Sauveur, 1145. — de Salins, 725. — d'Ussat, 444, 1024. — de Vals, 559. — du Vernet, 1024. — de Vichy, 176. —de Villeminfroy, 176, 556. — — (Envois d'échantillon d'), d'Amélie-les-Bains, 666. — de Campan, 1254. — de Coudes, 422. — de Labetz-Biscaye, 209. — de Madic, 922. — de Saint-Quentin, 1092. — de Sault, 283. — de Scay, 798.—de Blousson-Sérian, 1270.

ÉLECTIONS des membres du bureau, 285. — des membres des commissions permanentes, 306. — des commissions pour les prix, 626, 724. — de MM. Bertherand, 1072. — Bouisson, 592. — Denis, 1191. — Denonvilliers, 726. — Martins, 629. Tardieu, 1097.

ÉLECTRICITÉ dans la paralysie de la vessie, 923. — Son emploi pour l'extraction des dents, 20.

ÉLECTRO-MÉDICAL (Appareil) 176, 1146, 1193, 1204, 1213.

ÉLOGE de Gueneau de Mussy, 283.

ÉLOGES académiques de Louis, 850.

EMPHYSÈME typhoïde, 1256.

EMPOISONNEMENT par l'eau sédative, 89. — par le phosphore, 1132, 1229.

ENTENDEMENT humain (Analyse de l'), 1213.

ENTORSE (Nouveau traitement de l'), 745. — son traitement par le massage, 185.

ÉPIDÉMIES (Compte rendu des) qui ont régné dans les départements de l'Ain, 725; — de l'Allier, 922; — de l'Ardèche, 848; — de l'Ariége, 540; — de l'Aube, 540; — de l'Aude, 1092; — de l'Aveyron, 922; — des Basses-Alpes, 598, 725; — des Bouches-du-Rhône, 1192; — du Cantal, 1015; — de la Charente, 540, 922; — du Cher, 1227; — de la Côte d'Or, 598; — des Côtes-du-Nord, 1, 1015; — des Deux-Sèvres, 922; — de la Dordogne, 666; — du Doubs, 922; — de la Drôme, 498; — du Finistère, 498; — du Gard, 598; — du Gers, 460; — de la Gironde, 554; — des Hautes-Pyrénées, 1131; — de la Haute-Vienne, 540;—de la Haute-Loire, 1254; — de l'Hérault, 422, 1227; — — de l'Ille-et-Vilaine, 1131; de l'Indre-et-Loire, 744; — du Jura, 422; — des Landes, 554; — de la Loire, 666; — de la Loire-Inférieure, 666; — du Loir-et-Cher, 1015; — du Loiret, 622; — du Lot, 422, 881; — de la Lozère, 1,1099; — de la Marne, 1092; — de Maine-et-Loire, 1, 422;— de la Mayenne, 19;—de la Meurthe, 88, 848;— de la Moselle, 554;—de la Nièvre, 922;—de l'Oise, 725;—de l'Orne; 598, 856;— du Pas-de-Calais, 881;—des Pyrénées-Orientales, 554; — du Rhône, 460; — de la Sarthe, 598; — de Saône et-Loire, 1131; — de la Seine-Inférieure, 744; — de Seine-et-Oise, 848; — de la Somme, 1044; — de Tarn-et-Garonne, 666; — du Var, 666; — de Vaucluse, 598, 1145; — de la Vienne, 554; — des Vosges, 554; — dans les communes et arrondissements d'Aix, 39; — d'Arras, 554; — d'Avignon, 923; — de Bar-le-Duc, 39; —

de Beckerhalt, 422; — de Boeschépe, 666; — de Brun, 283; — de Calais, 1; — de Château-Chinon, 391; — de Cluny, 1192; — de Colmery, 289; — de Cormicy, 1092; — de Cuisery, 1145; — de Diou, 1131; — de Fontenotte, 554; — de Frasnay, 283; — de Gièvres, 848; — de Gourdon, 1044; — de Guéret, 591; — d'Hazebrouck, 1015; — d'Isle-Molène, 725; — de la Ferté, 422; — de Lodève, 1131; — de Louhans, 1131; — de Manheulles, 143; — de Marseille, 39; — de Mortagne, 1109; — de Nivernet, 923; — de Nohédes, 444; — d'Oloron, 88; de Pamiers, 460; — de Pouffonds, 1109; — de Revel, 923; — de Rodez, 348; — de Romorantin, 289, 1093; — de Saint-Dié, 283, 848; — de Saint-Hippolyte, 348; — de Saint-Laurent, 283; — de Saint-Pol, 725; — de Saint-Saturnin, 923; — de Saint-Symphorien, 1109; — de Séclin, 666; — de Segré, 19; — de Sommevesle, 348; — de Souvans, 223; — de Stenay, 848; — de Suèvres, 133; — de Vasny, 923; — de Verchin, ; — de Vers, 1093; — de Villefranche, 598, 848; — Épidémie d'angine couenneuse, 39, 143, 283, 348, 1092, 1093; — de diphthérite, 283; — de dysentérie, 133, 243; — de fièvre typhoïde, 348, 391, 444, 540, 554, 591, 744, 848, 1044, 1270, 1293; — de rougeole, 1, 666, 1093; de scarlatine, 666, 725, 1093; de suette miliaire, 283; de variole, 666.

Exomphalie, 1271.

Fébrifuge indigène, 628.

Fièvre puerpérale, 40, 283. — lecture de M. Serre, 811. — discussion, 815.

Fistules (étiologie des), 203.

Folie transitoire homicide, 271, 566.

Fosses nasales (emploi des médicaments par les), 176.

Fracture intra-utérine, 1256, 1271.

Fractures (appareils à), 3.

Gale (traitement de la), 555.

Gangrène du cerveau, 206. — spontanée, 2, 211. — de la bouche, 1271.

Gaz injectés dans les tissus, 1016.

Gingivite des tailleurs de cristal, 997.

Goutte, 1025.

Hemacélinose, 598.

Hematurie, 858.

Héméralopie, 32, 39, 89.

Hémi-diarthroses, 599.

Huiles de foies de morue, de raie, de squale, 820.

Hydatide de la vessie, 237.

Hydrocèle à double sac 541. — (nouveau traitement de l'), 391.

Indiens (médecins chez les) 850.

Injections sous-cutanées médicamenteuses, 1096.

Interdiction des aliénés, 1097, 1204.

Instrument pour la trachéotomie, 32.

Iode comme emménagogue, 1132. — (intoxication par l') 23, 31, 40, 88. — comme désinfectant. 1271.

Iodisme constitutionnel, 349.

Iodures d'antimoine, 1203.

Lait médicamenteux, rapport, 746. — discussion : M. Boudet, 799; M. Bouley, 809, 1229; M. Bouchardat, 809; M. Chatin, 808; M. Piorry, 807; M. Trousseau, 805. — réclamations de M. Dumesnil, 817, 857; de M. Hand-

vogel, 1255; de M. Laboudette, 849, 1075.
LARYNGIEN (porte-caustique), 89, 144.
LARYNX (*voy.* TRACHÉOTOMIE et TUBAGE).
LENICEPS, 388.
LIGATURE des artères de la jambe, 1110.

MALADIES de la peau à la Martinique, 1051.
MASSAGE dans le traitement de l'entorse, 135.
MAXILLAIRE supérieur (résection du), 591, 795, 1228.
MÉDECINE chez les Indiens, 850.
MÉTALLOTHÉRAPIE, 1110.
MÉTROPOMPE, 1228.
MINEURS (maladies des), 133.
MOLLUSQUES (composition et emploi médical des), 440.
MORTALITÉ des nouveau-nés, 997.
MORVE aiguë chez l'homme, 308.
MUGUET (transmission du), 290.

NÉPHRITE albumineuse, 798.
NERVOSISME et de l'état nerveux, 467. — Discussion, 501 et suiv.
NÉCROLOGIE : mort de M. Bégin, 745; de M. Blaud (de Beaucaire), 858; de M. Bonnet (de Lyon), 237; de M. Cauvière (de Marseille), 20; de M. Laroche (d'Angers), 444; de M. Lassaigne (d'Alfort), 622; de M. Soubeiran, 178.
NÉVROSISME, discussion M. Bouilland, 501; M. Piorry, 532; M. Baillarger, 543; M. Beau, 568; M. Gibert, 584.
NUTRITION (recherches sur la), 473.

OPHTHALMIES (traitement des), 228.
OPHTHALMOSCOPE, 1096.
OPIUM (titrage de l'), 209, 236, 541, 850.
OREILLER hygiénique, 499.
OS (régénération des), 88, 541.

PAPIERS arsenicaux, 798.
PARALYSIE de la vessie, 923.
PARASITAIRE (maladie) transmissible, 1025.
PAROTIDE (extirpation de la), 60.
PEAU (maladies de la) à la Martinique, 1051.
PERCHLORURE DE FER, 666, 1228. — dans un cas d'anévrysme, 911. — dans le *purpura hemorrhagica*, 817.
PESSAIRE, 178.
PHOSPHORE (empoisonnement par le), 1132, 1229.
PHTHISIE pulmonaire (influence de l'air marin sur la), 290.
PLIQUE, 549.
PLIS cachetés : MM. Batailhé, 1025, 1110; Baudrimont, 541; Cazenave, 666; Combes, 212; Corbett, 666; Cousin, 1; Duchesne-Duparc, 555; Dupré, 20, 1110; Gaudriot, 882; Faucher, 144; Faure, 212; Lanquetin, 212; Leriche, 1, 1212; Loiseau, 32; Maissiat, 849; Rodet, 1; Tampier, 598; Tugault, 592.
PONCTION prostatique de la vessie, 613.
PRIX décernés en 1858, 271. — proposés pour 1859, 278; 1860, 279. — Envois pour les — : — Amussat, 541. — Barbier, 34, 556, 599, 668, 850. — Capuron, 6, 542, 556. — Civrieux, 555. — de l'Académie, 542, 555. — Portal, 545, 555.
PROLAPSUS utérin, 1096.
PULVÉRISATEUR de l'eau, 350.
PURPURA hemorrhagica, 598, 817.
PUSTULE maligne du gros orteil, 628.
PYROPHOSPHATE de fer, 27.

QUININE (dosage de la), 176.

RÉSECTION du maxillaire supérieur, 591, 795, 1228.
RESPIRATEUR artificiel, 30.

REVACCINATIONS, 176, 308, 391, 422, 996, 1110.
RHUMATISME, 1025.

SCILLITINE, 857.
SCORBUT (Suites du), 422.
SÉCATEUR, 445.
SEIGLE ERGOTÉ, 1075, 1099, 1271. — Son action dans la parturition, 461, 893, 904.
SERINGUE à injections sous-cutanées, 1146.
SERPENTINE, 134.
SONDE de femme, 857.
STATISTIQUE mortuaire, 212.
STÉTHOSCOPE modifié, 1097, 1148.
SULFATE de cuivre dans le traitement des ophthalmies, 238.
SYPHILIS (Contagion des accidents secondaires de la); rapport, 883; discussion : MM. Ricord, 931, 939; Gibert, 938; Velpeau, 941. — des nouveau-nés, traitée par la méthode indirecte, 818.

THÉRAPEUTIQUE anatomique, 853, 997.
TRACHÉE (Ulcérations de la), 668.
TRACHÉOTOMIE et tubage de la glotte, 89, 445; rapport, 99; discussion : M. Bouvier, 135, 186, 393; M. Trousseau, 137, 214; M. Piorry, 147; M. Cloquet, 153; M. Malgaigne 153, 238, 509; M. Bouillaud, 240; M. Delafond, 350; M. Barth, 385. Conclusions, 418. — Lettre de M. Millard, 178; lettre de MM. Roger et Sée, 180. — (Instrument pour la), 32, 212.
TUMEUR fibreuse du follicule dentaire, 1205.
TYPHOÏDE (Emphysème), 1256.
TYPHUS (lésions anatomiques du), 1093.

URÈTHRE (Restauration de l'), 613. — (Rétrécissement de l'), 882.
URINAIRES (Maladies des voies), 89.
UTÉRUS (Allongement du col de l'), 592. — (Phlegmasies chroniques de l'), 1100.

VACCINATIONS pratiquées en 1855 dans le département du Doubs, 1. — en 1857, dans les départements des Ardennes, 349; des Basses-Pyrénées, 554; du Bas-Rhin, 143; du Calvados, 349; de la Charente, 209; de la Dordogne, 134; de la Drôme, 39; du Gers, 19; de la Haute-Loire, 284; de l'Hérault, 39, 349; de la Manche, 598; du Morbihan, 39; du Puy-de-Dôme, 284; de la Seine, 460; dans la ville de Reims, 392. — en 1858, dans les départements de l'Aisne, 1074; de l'Allier, 1132; de l'Ardèche, 1074; de l'Ariége, 725; de l'Aveyron, 1044; de l'Aude, 1145; des Basses-Alpes, 744; des Basses-Pyrénées, 1145; des Bouches-du-Rhône, 1132; du Cantal, 1093; de la Charente, 1110; de la Charente-Inférieure, 881; du Cher, 1203; de la Corse, 1145; de la Corrèze, 1132; de la Côte-d'Or, 1212; des Côtes-du-Nord, 1212; de la Creuse, 1093; des Deux-Sèvres, 996; de la Dordogne, 1227; de la Drôme, 1132; du Finistère, 1192; du Gard, 1099; de la Gironde, 923; des Hautes-Alpes, 1192; de la Haute-Marne, 923; des Hautes-Pyrénées, 1024; de la Haute-Saône, 744; de la Haute-Vienne, 1093; de l'Hérault, 1044; d'Ille-et-Vilaine, 1093; d'Indre-et-Loire, 1044; de l'Isère, 1255; du Jura, 1015; des Landes, 1145; de la Loire, 1015; du Loir-et-Cher, 1212, de la Loire-Inférieure, 799; du Loiret, 1255; du Lot, 923; du Lot-et-Garonne, 1074; de la Lozère, 1255; de Maine-et-Loire, 1093; de la Marne, 1255; de la Meuse, 1015; de la

Meurthe, 1212 ; du Morbihan, 1192; de la Moselle, 923; de la Nièvre, 1093; du Nord, 1212; de l'Oise, 1132; de l'Orne, 881; du Pas-de-Calais, 1255 ; du Puy-de-Dôme, 1132; des Pyrénées-Orientales, 1015; du Rhône, 996; de Saône-et-Loire, 1192 ; de la Sarthe, 923 ; de la Seine-Inférieure, 1192; de Seine-et-Marne, 1145; de Seine-et-Oise, 1145; de la Somme, 1093; du Tarn, 1132; de Tarn-et-Garonne, 1015 ; de Vaucluse, 522; du Var, 881; de la Vendée, 857; des Vosges, 923; de l'Yonne, 1145; de la Haute Garonne, 1270 ; d'Eure-et-Loir, 1270; du Bas-Rhin, 1293 ; du Doubs, 1293 ; dans la ville de Bayonne, 238.

VANILLE (principe odorant de la), 144.

VAGIN (rétrécissement du), 285.

VENTILATION, 436.

VESSIE (corps étrangers de la), 666. — (hydatide de la), 237. — (paralysie de la), 923.

VIGNE (maladie de la), 349.

VOIES urinaires (maladies des), 89.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES